

AGRADECIMENTOS

À Professora Sónia Ferrão, uma palavra muito especial pelo estímulo e confiança que sempre soube transmitir, demonstrando disponibilidade e dispensando sempre bons conselhos.

Ao Enfermeiro Xerach Arteaga Rodriguez, pelo desafio que me colocou e pela oportunidade que me deu de conhecer o estado da arte do registo de trauma em Espanha na atualidade.

Ao Enfermeiro Paulo Punilhas, que face à sua experiência em serviço de urgência desempenhou um papel facilitador no processo de aquisição e desenvolvimento de competências na unidade de cuidados intensivos polivalente.

À Enfermeira Jan Gillespie e à equipa de Nurse Practitioners do departamento de cirurgia do Loyola University Medical Center pela forma como me receberam e demonstraram o papel que os Enfermeiros podem desenvolver no desenvolvimento de programas de promoção da qualidade dos Cuidados.

Às Enfermeiras Gabriela Fernandes e Maria Rosário Carmo, que apoiaram o desenvolvimento do projeto desde a primeira hora, facilitando a sua implementação no serviço e o alargamento do projeto após a conclusão do estágio académico.

Aos colegas do serviço de urgência do hospital São Francisco Xavier, pelo apoio dado e pela camaradagem demonstrada.

Aos pais e amigos, que inexoravelmente sofreram o peso da distância durante a realização do projeto e a elaboração deste relatório.

À minha mulher, Cláudia, que me acompanhou durante toda esta caminhada e sem a qual teria sido impossível concluir este trabalho e, finalmente, à minha filha Madalena, que nasceu a meio deste percurso.

RESUMO

A Direção-Geral da Saúde publicou em 2010 a circular normativa que pretende regular a organização dos cuidados prestados à Pessoa vítima de trauma grave nas unidades de saúde com serviço de urgência, visando a implementação de um programa de melhoria da qualidade dos Cuidados. No entanto, o relatório de 2012 da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência revela que apenas 17% das unidades hospitalares em Portugal tinham implementado até essa data a Via Verde de Trauma. As intervenções do Enfermeiro especialista podem, tanto através da prestação direta de Cuidados altamente diferenciados como através da implementação de programas de promoção da qualidade dos Cuidados, contribuir para uma diminuição da morbilidade e da mortalidade no trauma.

O presente relatório tem como objetivo a análise reflexiva do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências realizado no contexto do estágio realizado no 3º semestre do 2º curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa que teve como objetivo geral a conceção e desenvolvimento de um projeto de promoção da qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa vítima de trauma grave.

A metodologia desenvolvida durante o estágio foi a de projeto, destacando de entre todas as atividades realizadas a revisão da literatura, a prestação de cuidados altamente diferenciados a Pessoas a vivenciar processos complexos de doença, a observação da atuação de Enfermeiros peritos em centros de trauma de referência, aplicação de questionários e realização de sessões de formação aos Enfermeiros do serviço de urgência que é o meu habitual contexto de trabalho e onde foi desenvolvido um projeto de promoção da qualidade dos Cuidados à Pessoa vítima de trauma grave, nomeadamente através da implementação de uma folha de registo de trauma e avaliação do índice de gravidade *revised trauma score*.

No final do estágio foi apresentado à coordenação do serviço de urgência um projeto de promoção da qualidade dos Cuidados a desenvolver após a conclusão do estágio.

Palavras-Chave: Enfermagem, Promoção da Qualidade, Trauma

ABSTRACT

In 2010, the Portuguese General Health Directorate published a circular normative intended to regulate the organization on the approach, to the person victim of severe trauma, in the emergency departments of all health units. This aimed to the implementation of a program targeted to improve the care quality. However in the 2012 the National Urgency and Emergency Reassessment Commission revealed that only 17% of the hospital units in Portugal had promoted until then, the “Green Way for Trauma”. The nurse specialist interventions can contribute to a lower morbidity and mortality rate in trauma victims, both in the effectuation and promotion of quality care programs, as well as in the direct differentiated care provided.

The present report goal is to reveal a reflective analysis on the acquisition and development of competences through a learning route encompassed in the clinical practice, during the 3rd semester of the 2nd Master's in Nursing Care to the Person in Critical Condition of the Lisbon Superior School of Nursing. It's primary aim is to demonstrate the conception and development of a project, based in the quality nursing care promotion, on the approach and management, to the person victim of severe trauma.

The developed methodology during the clinical practice was the project, highlighting between all the activities: the literature review, the highly differentiated care provided to the person experiencing complex disease processes, the observation of expert nurses action in reference trauma centres, the application of questionnaires and the accomplishment of education sessions to emergency department nurses on my regular workplace and service, were this project of promotion in quality care nursing to the person victim of severe trauma, was full-blown, namely by the application of the trauma registry, and with the evaluation of the severity index, with the use of the revised trauma score.

In the end of the clinical practice, a project of quality care nursing promotion was presented to the coordination of the emergency department, being developed after the conclusion of this practical phase.

Key-words: Nursing, Quality Care Promotion, Trauma

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACNP - *Acute Care Nurse Practitioner*

AIS - *Anatomic Injury Severity*

ATLS – *Advanced Trauma Life Support*

CRRNEU – Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

CT – Centro de Trauma

CTAPRU – Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência

DGS – Direção Geral de Saúde

DR – Diário da República

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FR – Frequência respiratória

GCS – *Glasgow Coma Score*

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICN – *International Council of Nurses*

ISS – *Injury Severity Score*

LUMC - *Loyola University Medical Center*

MCDT – Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

NISS - *New Injury Severity Score*

NP - *Nurse Practitioner*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PAV – Pneumonia Associada ao Ventilador

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RTS – *Revised Trauma Score*

SPO2 – Saturações periféricas de oxigénio

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

TRISS – *Trauma Injury Severity Score*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VVT – Via Verde de Trauma

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA ÁREA TEMÁTICA	7
2.1. Trauma grave: O conceito	8
2.2. A Pessoa vítima de trauma grave: Transição saúde-doença	11
2.3. Qualidade em Trauma: Uma transição organizacional no serviço de urgência	13
2.4. O registo de trauma como estratégia para a promoção da qualidade dos Cuidados de Enfermagem	19
3. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	25
3.1. A partilha de experiências na gestão e organização de um sistema de trauma	26
3.2. A prestação de Cuidados de Enfermagem altamente diferenciados e individualizados à Pessoa vítima de trauma grave	28
3.3. Da experiência de um centro de trauma de referência mundial à realidade nacional	32
3.4. Do diagnóstico de situação à conceção de um projeto de promoção da qualidade dos Cuidados de Enfermagem	36
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
APÊNDICES	
APÊNDICE I:	<i>Carta de convite para preleção nas 4^{as} Jornadas Canárias de Enfermeria de Urgencias y Emergencias</i>
APÊNDICE II:	<i>Diploma de presença nas 4^{as} Jornadas Canárias de Enfermeria de Urgencias y Emergencias</i>
APÊNDICE III:	<i>Diapositivos da apresentação realizada nas 4^{as} Jornadas Canárias de Enfermeria de Urgencias y Emergencias</i>

APÊNDICE IV:	<i>Objetivos do estágio realizado na UCIP</i>
APÊNDICE V:	<i>Estudo de caso realizado durante estágio na UCIP</i>
APÊNDICE VI:	<i>Jonal de aprendizagem realizado durante estágio na UCIP</i>
APÊNDICE VII:	<i>Objetivos do estágio realizado no SUP</i>
APÊNDICE VIII:	<i>Instrumento de colheita de dados</i>
APÊNDICE IX:	<i>Planeamento da sessão de formação “Promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma Grave”</i>
APÊNDICE X:	<i>Diapositivos da sessão de formação em serviço “Promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma Grave”</i>
APÊNDICE XI:	<i>Diapositivos da sessão de formação em serviço “Promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma Grave”</i>
APÊNDICE XII:	<i>Folha de Registo de Trauma - Versão Inicial</i>
APÊNDICE XIII:	<i>Folha de Registo de Trauma - Versão Final</i>
APÊNDICE XIV:	<i>Plano da sessão de formação - ABCDE em Trauma - Abordagem e Registos</i>
APÊNDICE XV:	<i>Diapositivos da sessão de formação - ABCDE em Trauma - Abordagem e Registos</i>
APÊNDICE XVI:	<i>Projeto de promoção da qualidade dos cuidados de Enfermagem à Pessoa vítima de trauma grave no SUP</i>

ÍNDICE DE QUADROS:

QUADRO 1: <i>Revised Trauma Score</i>	9
QUADRO 2: <i>Critérios de identificação de trauma grave</i>	10
QUADRO 3: <i>Critérios de ativação da equipa de trauma</i>	16
QUADRO 4: <i>Análise de transições múltiplas no estudo de caso</i>	29
QUADRO 5: <i>Critérios de inclusão na folha de registo de trauma</i>	39
QUADRO 6: <i>Complicações e iatrogenias nas Pessoas vítimas de trauma grave internadas</i>	43

ÍNDICE DE FIGURAS:

FIGURA 1: <i>Adesão dos Enfermeiros ao preenchimento dos dados mínimos do registo de trauma</i>	40
FIGURA 2: <i>Dados demográficos referentes às Pessoas vítimas de trauma grave admitidas no SUP</i>	41
FIGURA 3: <i>Caracterização do trauma</i>	41
FIGURA 4: <i>Disposição final após admissão e avaliação no SUP</i>	42
FIGURA 5: <i>Tempo de permanência no SUP</i>	42
FIGURA 6: <i>Formação dos Enfermeiros que atenderam Pessoas vítimas de trauma grave</i>	43

1. INTRODUÇÃO

A evolução da Enfermagem em Portugal nas últimas décadas é bem visível, tanto na redefinição de conteúdos funcionais como na redefinição de conteúdos programáticos que conduziram à integração do curso de Enfermagem no sistema de Ensino Superior. Inicialmente conferindo o grau de bacharel, em 1999 o ensino da Enfermagem pré-graduado passa a reportar-se ao grau de licenciado (Silva, 2007). A licenciatura em Enfermagem garante a formação de Enfermeiros de Cuidados gerais, assegurando a sua formação científica, técnica e humana para a prestação de Cuidados de Enfermagem gerais à Pessoa e sua família ao longo do ciclo de vida.

A formação pós-graduada em Enfermagem, nomeadamente o 2º ciclo de formação, permite assegurar a aquisição por parte dos Enfermeiros de uma especialização de natureza profissional. Catorze anos após a conclusão do meu curso de Enfermagem, quase todos eles vividos profissionalmente em contexto de Serviço de Urgência (SU) e de Emergência Pré-Hospitalar, decidi frequentar o 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (PSC) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Este relatório surge assim com o objetivo de fazer uma análise reflexiva do percurso realizado ao longo do estágio do 3º semestre do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC da ESEL, no qual foi desenvolvido um projeto na área dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa vítima de trauma grave. Este percurso de aquisição e desenvolvimento de competências foi construído tendo como eixos orientadores o Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de Março que regulamenta a organização do ensino superior em três ciclos, os Descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Formação, o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC publicado em Diário da República (DR), 2ª Série, nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011 e a circular normativa da Direção-Geral da Saúde (DGS) nº 07/DQS/DQCO de 31 de Março de 2010 referente à organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado. Esta circular normativa publicada pela DGS em 2010 determina a implementação, a nível nacional, de um

conjunto de recomendações que têm o objetivo de reduzir a morbi-mortalidade da Pessoa vítima de trauma grave no nosso País.

Estima-se que anualmente morram perto de 6 milhões de pessoas devido a lesões traumáticas no mundo (World Health Organization, 2010). Os gastos sociais e a perda de tecido produtivo justificam a pertinência do investimento na formação nos profissionais de saúde, nomeadamente Enfermeiros, dotando-os de conhecimentos e competências para a prestação de Cuidados de qualidade à Pessoa vítima de trauma, bem como da implementação de circuitos de referenciação como acontece já no nosso país para os casos de doença coronária ou doença vascular, com as vias verdes coronária e de acidente vascular cerebral. Esta referenciação das Pessoas vítimas de trauma grave é recomendada no documento “Um Ano de Reflexão e Mudança” (Comissão Regional do Doente Crítico, 2009).

Em 2007, a Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência Geral (CTAPRU) propôs níveis, critérios, condições de acesso e localização de pontos de rede de urgência. Na sequência deste Despacho nº5414/2008, de 28 de Janeiro são definidos quais os SU que constituem os pontos de referenciação de urgência/emergência. A hierarquização dos SU em três níveis (básico, médico-cirúrgico e polivalente) proposta neste despacho é a que se mantém na atualidade.

A conjuntura socio-económica atual do País e da Europa tem conduzido à necessidade de tornar esta rede de urgência e emergência mais eficaz e eficiente. Assim, o Ministério da Saúde criou em 2011 a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) que elaborou e publicou um relatório onde propõe a reorganização dos pontos de rede, com o encerramento de alguns pontos e a deslocalização de outros. Propõe ainda, pela primeira vez, a criação de Centros de Trauma (CT) a nível nacional. Estes CT não geram por si uma nova categoria da rede, mas assumem-se como Serviços de Urgência Polivalentes (SUP) dedicados ao doente politraumatizado (CRRNEU, 2012). A estes CT serão referenciados os doentes a incluir na Via Verde de Trauma (VVT), seja desde o sistema de emergência pré-hospitalar seja desde as unidades de atendimento de menor diferenciação da rede (CRRNEU, 2012). O relatório da CRRNEU acrescenta ainda que:

“a estes CT cabe a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave, tendo de cumprir os critérios de presença de valência/especialidades definidas nos níveis de responsabilidade do SU. A estes CT serão referenciados os doentes a incluir na VVT...”. (CRRNEU, 2012, p.43).

A VVT torna-se assim num projeto a implementar no SU onde exerço funções atualmente, que de acordo com o relatório da CRRNEU deverá manter-se como SUP e CT. A designação de Via Verde, nome vulgarmente utilizado no nosso País para designar sistemas de resposta rápida, não é mais do que um algoritmo clínico de avaliação e tratamento de um processo patológico, em que a relação entre o tempo para a realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico (CRRNEU, 2012).

A circular normativa 07/DQS/DQCO da DGS (2010) obriga à presença de cinco requisitos que devem estar presentes em cada unidade de saúde com SU. São eles: (i) a existência de uma equipa de trauma organizada com coordenador definido; (ii) a existência de critérios de ativação da equipa de trauma; (iii) registo de trauma; (iv) avaliação primária realizada em menos de 20 minutos; (v) avaliação secundária realizada em menos de 60 minutos (Direção-Geral de Saúde, 2010).

Assim, com o intuito de dar resposta ao percurso de aquisição e desenvolvimento de competências e tendo por base a experiência profissional adquirida, decidi reunir o interesse pessoal com o interesse institucional do hospital onde exerço funções, definindo como área temática do projeto a **“Promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma Grave”**.

A Pessoa vítima de trauma vive um processo súbito e inopinado de transição saúde-doença, que o envolve a si e à sua família. Em situação de morte, essa transição ganha uma outra dimensão para toda a sua família e conviventes significativos. Os Cuidados à PSC representam, para a prática de Enfermagem, um desafio intelectual e emocional, exigindo rapidez de raciocínio e respostas para situações ameaçadoras da vida onde raramente existe margem para erros (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011). Os Cuidados de Enfermagem à PSC são Cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à Pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida,

prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Neste contexto, a Pessoa vítima de trauma grave oferece aos Enfermeiros um desafio para a segurança e qualidade dos cuidados.

O Regulamento para o Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) define Enfermagem como

“... a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Decreto-Lei nº 161/96, 1996).

Em 2003, a Ordem dos Enfermeiros (OE) acrescenta que *“o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)”*.

O Enfermeiro distingue-se pois pela sua formação e experiência adquiridas que lhe permitem prestar Cuidados a Pessoas, famílias e comunidades com entendimento e respeito pelas suas crenças, desejos e valores. Muitos encontros entre o Enfermeiro e o Outro surgem de momentos de crise que motivam no Outro a procura de Cuidados de saúde e de Enfermagem. Schumacher e Meleis (1994) referem-se à transição como um dos conceitos centrais da disciplina de Enfermagem, uma vez que é nestas situações que podem gerar instabilidade que é muitas vezes favorecida a relação terapêutica entre o Enfermeiro e o indivíduo, podendo estes momentos ser precipitados por mudanças de desenvolvimento, de situação ou de saúde-doença. Na perspetiva de Meleis (1994), o Cuidado de Enfermagem pode ser visto como um processo facilitador da transição no indivíduo, não sendo limitado pelo mero início ou fim de um evento médico.

Apoiando esta perspetiva de individualidade e individualização dos Cuidados, Benner (2001) afirma que *“as práticas não podem ser completamente objetivadas ou formalizadas porque têm sempre de ser trabalhadas em novas formas no âmbito de interações particulares que ocorrem em momentos reais”* (Benner P., 2001, p. 12). As intervenções de Enfermagem devem ser focadas na prevenção e preparação para

transições saudáveis, na promoção da percepção do bem-estar, capacitando a pessoa para lidar com a experiência de transição de uma forma saudável (Meleis A., 2010).

Assim, a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com a Pessoa, vendo-a não como um objeto passivo recetor de Cuidados mas como um real parceiro no processo terapêutico, respeitando-o pelo pleno uso das suas capacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2003) e procurando envolver a família ou conviventes significativos nas situações em que a Pessoa assim o desejar.

Tendo em conta a especificidade do contexto de atuação do Enfermeiro na abordagem à Pessoa vítima de trauma grave e a vulnerabilidade que esta Pessoa apresenta, foi um enorme e motivante desafio a construção de um percurso de estágio que me permitisse a aquisição e desenvolvimento de competências que contribuisse para tornar-me Perito nesta área de intervenção. De acordo com Benner (2001), o Enfermeiro Perito “... *tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis*” (Benner P., 2001). Segundo o regulamento das competências comuns do Enfermeiro especialista,

“Enfermeiro especialista é o Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Diário da República, 2011).

Os conceitos de Enfermeiro perito e Enfermeiro especialista parecem assim fundir-se, pelo que durante este trabalho possam ser usados de forma interdependente. Tendo em conta a experiência por mim adquirida ao longo de vários anos de trabalho em contexto de SU e de acordo com o modelo Dreyffus de aquisição de competências aplicado à Enfermagem apresentado por Benner (2008), enquadro-me nos níveis de competente, proficiente e perito em diversas áreas do Cuidado à Pessoa vítima de trauma. No entanto, a assunção do papel de estudante em contexto de Estágio, colocando-me por vezes um pouco de fora do processo de Cuidar, permite refletir

sobre as práticas efetuadas ao longo de anos e, expectavelmente, melhorá-las. Por outro lado, a partilha de experiências e saberes com Enfermeiros peritos em diferentes contextos de trabalho permite uma melhor perceção do *continuum* de Cuidados, sobretudo em áreas da intervenção do Enfermeiro por mim menos exploradas durante os vários anos de experiência profissional, como é exemplo a área dos Cuidados Intensivos. Neste contexto, desenhei um percurso que incluiu a realização de estágios numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), num CT Norte-Americano e finalmente no SUP que é o meu contexto habitual de trabalho.

Este relatório pretende transmitir ao leitor a análise do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências desenvolvido ao longo do estágio. Inclui uma revisão da literatura sobre a área temática, o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências nos diversos campos de estágio e considerações finais que pretendem fazer uma avaliação do percurso realizado. No final, apresentam-se as referências bibliográficas consultadas e todos os apêndices considerados relevantes para a contextualização do relatório.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA ÁREA TEMÁTICA

Estando este relatório direcionado para a Pessoa vítima de trauma grave e para um projeto de implementação de um programa de promoção da qualidade dos Cuidados de Enfermagem, importa enquadrar esta temática na teoria das transições de Afaf Meleis (1975), tendo sido este o quadro referencial adotado ao longo deste relatório.

Etimologicamente definida como o *“ato ou efeito de passar de um lugar, de um estado ou de um assunto para outro”* (Dicionários Porto Editora, 2013), a transição pode ainda ser definida como um período entre dois estados de relativa estabilidade (Chick & Meleis, 1986) entrando no domínio da Enfermagem quando relacionada com situações de saúde e doença ou quando as respostas à transição são manifestadas em comportamentos face à situação de saúde ou percepção da mesma. Para Meleis, as transições são despoletadas por eventos críticos ou mudanças nas Pessoas ou no ambiente, definindo a Enfermagem como a arte e a ciência que facilita a transição saudável dos indivíduos (Meleis A., 2010). As transições podem ser categorizadas em: (i) transições de desenvolvimento; (ii) transições situacionais; (iii) transições saúde-doença; (iv) transições situacionais (Schumacher & Meleis, 1994).

As transições de desenvolvimento podem ser definidas como todas aquelas que advêm do normal curso do crescimento, como a adolescência ou a maternidade (Meleis A., 1975). As transições situacionais incluem todas as situações que envolvem uma mudança temporária ou definitiva de estado, como a imigração ou o desemprego (Meleis A., 1975). As transições saúde-doença incluem todas as que conduzem a uma mudança, gradual ou súbita, de um estado de saúde para um estado de doença (Meleis A., 1975). Finalmente, as transições organizacionais representam alterações introduzidas no ambiente e podem ser precipitadas por mudanças no ambiente social, político e económico, ou até por mudanças internas na estrutura ou dinâmica de uma organização (Schumacher & Meleis, 1994).

Por um lado, o processo associado à ocorrência de trauma grave e as suas consequências, como a hospitalização e a dependência, temporária ou definitiva para as atividades de vida diária, constituem eventos de transição saúde-doença que importa o Enfermeiro reconhecer, implementando Cuidados que conduzam a

transições saudáveis. Por outro lado, a concepção e gestão de um programa de promoção da qualidade dos Cuidados pode ser enquadrado como uma transição organizacional no serviço onde este é implementado, com condições facilitadoras e inibidoras que importam ser reconhecidas para o sucesso do programa.

Para ajudar a explorar conceitos de acordo com a mais recente evidência, foram efetuadas pesquisas na base de dados da EBSCO e em motores de busca de organizações de reconhecido mérito, utilizando os termos “*major trauma*”, “*trauma care*”, “*nursing scope of practice*”, “*trauma registry*”, “*quality improvement programmes*”, bem como consulta da legislação nacional em vigor referente a esta temática.

2.1. TRAUMA GRAVE: O CONCEITO

Trauma pode ser definido como qualquer lesão nos tecidos ou órgãos humanos como resultado da transferência de energia do meio (ENA, 2007). Qualquer ferida, hematoma ou queimadura constituem lesões traumáticas. A procura de serviços de saúde devido a lesões traumáticas é relativamente grande, uma vez que o trauma é a principal causa de morte nos indivíduos com idades inferiores a 45 anos (Massada, 2002), morrendo diariamente 16000 Pessoas em todo o mundo devido a trauma (World Health Organization, 2004).

De acordo com a gravidade da lesão, o trauma pode ser classificado como *minor*, moderado, grave ou incompatível com a vida (Richmond & Aitken, 2011) no entanto a definição de trauma grave, ou *trauma major*, é algo inconsistente na literatura atual (Lossius, Rehn, Tjosevik, & Eken, 2012). Por trauma grave pode ser entendida a Pessoa vítima de uma ou mais lesões que colocam em risco a função de um órgão, membro, sistema orgânico ou que coloque em risco a própria vida (Wilson, Grande, & Hoyt, 2007). Na verdade, o termo mais comumente utilizado nos nossos serviços é o de politraumatizado, que os mesmos autores definem como a Pessoa que possui duas ou mais lesões graves com compromisso de mais do que um sistema do organismo (Wilson, Grande, & Hoyt, 2007). O primeiro conceito é portanto mais abrangente, uma vez que o segundo implica lesões que, não sendo necessariamente mais graves que a primeira, são mais extensas. No contexto de caracterização do doente, da sua gravidade e, conseqüentemente, das suas necessidades, surgem diversos

instrumentos disponíveis em formato de escalas, índices e indicadores (Ordem dos Médicos, 2009).

Um dos índices mais usados a nível mundial é o *Revised Trauma Score* (RTS). Este é um índice de gravidade fisiológico que utiliza a conjugação de três parâmetros: a Escala de Coma de Glasgow (GCS), a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e a Frequência Respiratória (FR). A cada um destes parâmetros corresponde um *score* entre 0 e 4, conforme descrito no *quadro 1*. Os valores variam entre 0 e 12, sendo 12 sinónimo de trauma menor. Um valor igual ou inferior a 10 indica a necessidade de referenciar a Pessoa vítima de trauma para um CT (Ordem dos Médicos, 2009). Considerado um índice de fácil aplicabilidade, tanto a nível pré-hospitalar como intra-hospitalar, é de fácil manuseio por parte dos profissionais e facilita a adesão ao seu registo.

FR	PAS	GCS	SCORE
10-29	>89 mmHg	13-15	4
>29	76-89	9-12	3
6-9	50-75	6-8	2
1-5	1-49	4-5	1
0	0	3	0

Quadro 1: Revised Trauma Score (Ordem dos Médicos, 2009)

O *Injury Severity Score* (ISS) deriva do índice de gravidade anatómico *Anatomic Injury Severity* (AIS), um índice numérico que quantifica o grau de lesão de um órgão, de lesão mínima (índice 1) a lesão letal (índice 6). No entanto, uma vez que o AIS não reflete os efeitos combinados do trauma múltiplo, foi criado o ISS que conjuga o índice AIS das três regiões anatómicas mais severamente lesadas (definido como a soma dos quadrados desses índices). O ISS tem como limites valores de 1 a 75 (Abassi, et al., 2013). A realização do *United States Major Trauma Outcome Study* demonstrou que doentes com ISS>15 apresentavam uma mortalidade aumentada pelo que, desde então, a maior parte dos estudos define *trauma major* como doentes com um ISS>15 e trauma moderado ou menor doentes com um ISS≤15 (Lossius, Rehn, Tjosevik, & Eken, 2012).

Em Portugal, a Ordem dos Médicos (OM) caracteriza como trauma grave a presença de lesões anatómicas específicas ou parâmetros fisiológicos que indicam instabilidade. No entanto, existem mecanismos de lesão ou conjunto de sintomas que evidenciam um potencial risco de lesão ativa, oculta ou com possibilidade de descompensação (Ordem

dos Médicos, 2009, p. 75). Tendo em conta estes mecanismos de lesão potencialmente causadores de trauma grave, o mesmo documento apresenta um quadro que inclui critérios fisiológicos, anatómicos e de mecanismo de lesão que ajuda a sistematizar a identificação de trauma grave:

CRITÉRIOS ABSOLUTOS	CRITÉRIOS RELATIVOS
Sinais Vitais – Nível de Consciência	Energia e mecanismo de lesão
GCS < 14	Mortes no mesmo veículo
PAS < 90mm Hg	Projeção do veículo
FR < 10 ou > 29cpm	Encarceramento > 30 min
Necessidade de ventilação assistida	Queda > 3 metros
Deterioração clínica desde o acidente	Atropelamento
Deterioração Clínica no SU	Acidente entre veículo de 2 rodas e outro
RTS<11	Acidente veículo de 2 rodas > 30 Km/h
Anatomia da Lesão	Deformidade / intrusão do veículo
Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, períneo, proximal ao cotovelo e/ou joelho	Acidente > 50 Km/h
	Capotamento
	Fatores de Comorbilidade
Retalho Costal	Ambiente térmico hostil
Fratura de 2 ou mais ossos longos	Idade > 60 anos
Fratura da bacia	Doença médica limitante: respiratória, cardíaca, hepática, hematológica, imunossupressão, obesidade
Fratura do crânio com afundamento	
Amputação proximal ao punho e/ou tornozelo	
Lesão neurológica	Gravidez
Associação trauma – queimaduras	Terapêutica de risco: beta-bloqueantes, digitálicos, anticoagulantes
Queimados Major: 2ºGrau>20%, 3ºGrau>5%	
Queimaduras com inalação	Intoxicação por substância de abuso
Queimaduras da Face, pescoço, tórax, abdomen, circunferenciais mãos ou pés	Intoxicação alcoólica

Quadro 2: Critérios de identificação de trauma grave (Ordem dos Médicos, 2009)

Apesar dos múltiplos estudos que têm vindo a ser realizados nos últimos anos e ao aparecimento de várias escalas e índices de gravidade, parece ainda não haver consenso quanto à definição de politraumatizado e de trauma grave (Butcher & Balogh, 2009). As variáveis a serem tomadas em conta são muitas e vão desde as comorbilidades pré-existentes até à cinemática do trauma.

2.2. A PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA GRAVE: TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA

A reflexão sobre a Pessoa surge na Antiguidade Grega, incorporando uma dimensão ontológica, a que hoje se junta a perspectiva de racionalidade, de unicidade e de relação. É esta Pessoa que está no centro da atenção dos Enfermeiros, na medida em que em certos momentos do seu ciclo vital carece de Cuidados que não consegue prestar a si própria, quer devido à fase de desenvolvimento em que se encontra, cujos processos de transição exigem capacidade, conhecimento ou vontade, quer devido à doença que o afeta (Vieira, 2009).

Ainda que qualquer contexto de doença conduza a uma instabilidade e necessidade de adaptação da Pessoa, o trauma grave, porque abrupto e repentino, é ainda maior causador de instabilidade, insegurança e incerteza, conduzindo a uma situação de transição saúde-doença. Definidas como períodos entre dois estados de relativa estabilidade (Chick & Meleis, 1986), as transições entram no domínio da Enfermagem quando relacionadas com situações de saúde e doença ou quando as respostas à transição são manifestadas em comportamentos face à situação de saúde ou percepção da mesma. Segundo Meleis, uma transição encerra ainda no seu conceito uma alteração na situação de saúde, no desempenho de papéis, nas expectativas e nas capacidades da Pessoa (Meleis & Tragenstein, 1994). O trauma grave, pelas consequências adversas que pode trazer à Pessoa e à sua família, como a alteração da auto-imagem, a perda temporária ou definitiva de autonomia ou até mesmo a morte, constitui-se por excelência numa transição saúde-doença de enorme relevo e importância na prática de Enfermagem.

Como centro dos Cuidados de Enfermagem, a Pessoa não deve no entanto ser vista com uma unidade isolada (Meleis, 2010). As alterações na sua condição devem ser observadas no contexto de uma rede familiar ou de Pessoas significativas, uma vez que as alterações consequentes à transição citadas anteriormente, como a alteração da auto-imagem, a perda temporária ou definitiva de autonomia ou até mesmo a morte vão também elas causar transições naqueles que rodeiam o dia-a-dia da Pessoa vítima de trauma grave. Este trauma secundário, que é definido pela *American Trauma Society* pelo trauma emocional vivenciado pela Família quando um ente querido sofre trauma grave ou doença súbita (American Trauma Society, 2005), exige do Enfermeiro intervenções específicas que respondam às suas necessidades (Hayes, Merrill,

Cluckey, & Curtis, 2010). Assim, ainda que em contexto de SU, estas Pessoas não devem pois ser esquecidas e colocadas à margem do processo de Cuidados. No nosso País, a Lei nº 33/2009 de 14 de Julho vem apoiar a presença da família da Pessoa vítima de trauma grave no SU reconhecendo “(...) *a todo o cidadão admitido num serviço de urgência do Serviço Nacional de Saúde o direito de acompanhamento por uma pessoa (...)*” (Diário da República, 2009).

Olhando para a Pessoa numa perspetiva holística, esta é indissociável da rede social que a suporta no dia-a-dia, nomeadamente a sua família, no conceito mais lato que esta hoje detêm. No entanto, em contexto de SU e Cuidados Intensivos, a presença da família pode ser um agente gerador de ansiedade para a equipa (Mian, Warchal, Whitney, Fitzmaurice, & Tancredi, 2007). Ainda que a presença da família junto da Pessoa vítima de trauma possa, em contexto de atuação urgente ou emergente, trazer alguns constrangimentos à equipa, os Enfermeiros que detêm maior experiência e confiança parecem encontrar mais benefícios do que prejuízos nesta presença (Twibell, et al., 2008). O Enfermeiro pode ter, nestas situações, o papel de um agente facilitador da transição para a Família, apoiando-a e ajudando-a a fazer a sua própria interpretação no que respeita ao significado da experiência (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000). Se possível, o Enfermeiro deverá ainda ajudar a família a planear estratégias que sejam facilitadoras do processo de transição.

O apoio de um Enfermeiro a uma família que é conduzida ao SU perante a notícia de um ente querido vítima de trauma grave, pode permitir a preparação desta para o processo transicional, através da disponibilização das informações possíveis naquela altura que possam ser facilitadoras do nível de preparação daquela família ou, percebendo que esta não está ainda preparada para o processo, promover ele próprio a clarificação de papéis e funções a desempenhar pela família facilitando a aquisição de competências para que faça a transição com sucesso. Este tipo de intervenção de Enfermagem é denominada por Meleis (1975) de “*role supplementation*”.

A intervenção dos Enfermeiros no contexto de Cuidados à Pessoa vítima de trauma grave deve pois focar-se na abordagem direta dos problemas que colocam em risco a vida da Pessoa vítima de trauma grave, seja no local do acidente seja na sala de emergência ou trauma mas também na promoção de uma transição saudável para a Pessoa e família que vivenciam uma experiência repentina como esta.

No entanto, a intervenção do Enfermeiro perito ou especializado nesta área não está circunscrita à prestação de Cuidados direta à Pessoa vítima de trauma grave. De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista publicado pela OE em Diário da República de 18 de fevereiro de 2011, o Enfermeiro especialista detem competências tanto no domínio da gestão dos Cuidados como no domínio da melhoria contínua da qualidade, nomeadamente ao conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade dos Cuidados (Diário da República, 2011).

2.3. QUALIDADE EM TRAUMA: UMA TRANSIÇÃO ORGANIZACIONAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Como já foi referido neste relatório, o Trauma é, à escala mundial, a principal causa de morte e incapacidade nas primeiras quatro décadas de vida (American College of Surgeons - Committee on Trauma, 2008; World Health Organization, 2010). Por esse motivo, causa uma maior perda de anos de vida do que as doenças cardiovasculares e oncológicas juntas, traduzindo-se num verdadeiro flagelo económico e social. Mas o peso do trauma nos serviços de saúde é exponencialmente maior ao número de vítimas mortais. Estima-se que por cada Pessoa que morre devido a trauma, 10 Pessoas são hospitalizadas e 178 são admitidas nos serviços de urgência, de onde têm alta após avaliação e tratamento (Como, 2008). Por este motivo, a prevenção da lesão e o tratamento da Pessoa vítima de trauma é uma missão fundamental dos organismos públicos que regulam e tutelam um sistema de saúde (Como, 2008). Os sistemas de trauma e os centros de trauma são mecanismos de fornecimento deste tipo de serviço público.

Pode ser afirmado que o fim último de um sistema de trauma traduz-se em devolver a Pessoa vítima de trauma grave, o mais rápido possível, à sua vida independente e produtiva que detinha antes do momento do acidente (Kaczynski & Hilton, 2012).

O conceito de sistema de trauma tem vindo a ser implementado desde há vários anos em países como os Estados Unidos, Israel e o Reino Unido, com resultados visíveis na melhoria dos *outcomes* (Kaczynski & Hilton, 2012). A experiência desenvolvida nestes Países tem mostrado que um sistema de trauma não se deve resumir à abordagem

clínica da lesão. Deve também incluir um esforço na prevenção do trauma, nomeadamente ao nível da educação da população e da implementação de normas de segurança rodoviária que reduzam a ocorrência de acidentes (Kaczynski & Hilton, 2012). Tanto os programas de prevenção como os serviços que providenciam o tratamento emergente e definitivo da Pessoa vítima de trauma são componentes integrantes de um sistema de trauma (Como, 2008).

Não sendo o sistema de trauma um conceito totalmente novo, já no ano de 1922 o American College of Surgeons procurou desenvolver o conceito de resposta médica organizada face ao trauma (Rainer & Smit, 2003). No entanto, é apenas no ano de 1982 que é descrita pela primeira vez a distribuição trimodal das mortes no politraumatizado, que descreve três picos de mortalidade relacionada com o evento traumático (American College of Surgeons - Committee on Trauma, 2008). O primeiro pico, que surge segundos a minutos após a ocorrência do trauma, está geralmente relacionado com apneia secundária a lesão cerebral grave, lesões medulares altas ou rotura cardíaca, da aorta ou de grandes vasos. Estas mortes podem unicamente ser reduzidas através de uma forte política de prevenção do trauma, uma vez que as mortes são inevitáveis face à gravidade da lesão provocada (American College of Surgeons - Committee on Trauma, 2008).

O segundo pico de mortalidade ocorre entre os primeiros minutos e algumas horas após a lesão e está geralmente relacionado com hematomas subdurais e epidurais, hemotórax, pneumotórax, ruturas de baço, lacerações hepáticas, fraturas de bacia ou lesões múltiplas que têm como consequência uma perda significativa de sangue. O desenvolvimento de sistemas de trauma e a formação específica dos profissionais constituem a chave para diminuir a mortalidade neste segundo pico, através da implementação de uma rede de socorro pré-hospitalar de qualidade e da proximidade de centros de trauma que possam dar resposta às necessidades imediatas de estabilização da Pessoa vítima de trauma grave (American College of Surgeons - Committee on Trauma, 2008).

O terceiro pico ocorre entre vários dias e semanas após a ocorrência da lesão e está geralmente relacionada com sépsis e falência multiorgânica. O investimento em unidades de cuidados intensivos (UCI) e a implementação de medidas de controlo de

infecção são as melhores formas de reduzir este pico de mortalidade (American College of Surgeons - Committee on Trauma, 2008).

De forma a intervir em todas as fases ou picos supracitados, um sistema de trauma ideal deve integrar todos os componentes associados à melhor prática de Cuidados à Pessoa vítima de trauma, o que inclui: (i) mecanismos de prevenção da lesão; (ii) acessibilidade aos Cuidados; (iii) rede pré-hospitalar; (iv) rede hospitalar; (v) reabilitação; (vi) investigação (Como, 2008).

Analizando a abrangência que deve ter um sistema de trauma, pode ser afirmado que os Enfermeiros estão presentes e podem influenciar a taxa de mortalidade em todos os picos. Sendo os profissionais que têm “(...) *como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, (...) de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde (...)*” (Ministério da Saúde, 1996), os Enfermeiros devem atuar ao nível da prevenção, de forma a diminuir a mortalidade no primeiro pico, ao nível da intervenção urgente e emergente integrados tanto na rede pré-hospitalar como na rede hospitalar de forma a atenuar a mortalidade no segundo pico e, finalmente, no âmbito do tratamento intensivo e da prevenção e controlo de infeção de forma a diminuir a mortalidade do terceiro e último pico.

Neste contexto, os CT têm particular importância na diminuição do segundo e terceiro picos de mortalidade. Em Portugal, não existe ainda uma atribuição formal da nomenclatura “Centro de Trauma” às unidades hospitalares, sendo o termo “Serviço de Urgência Polivalente” (SUP) aquele que está legalmente consignado aos serviços de urgência que podem admitir e estabilizar a Pessoa vítima de trauma grave (Despacho nº5414/2008).

Neste sentido, a circular normativa 07/DQS/DQCO (Direção-Geral de Saúde, 2010) surge como um documento orientador e normalizador para todos os SU em Portugal, procurando definir um padrão de organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado. A circular normativa 07/DQS/DQCO pressupõe a sua aplicação em todas as unidades de saúde com SU e inclui: (i) critérios de ativação da equipa de trauma; (ii) existência de equipa de trauma organizada, com coordenador definido; (iii) registos; (iv) avaliação primária, realizada em menos de 20 minutos; (v) avaliação secundária, realizada em menos de 1 hora (Direção-Geral de Saúde, 2010).

Assim, de acordo com a norma clínica publicada pela DGS, todas as unidades de saúde com SU devem constituir equipas de trauma de acordo com a dimensão e tipologia do SU. Para os SUP e no que concerne à equipa de Enfermagem, esta deverá ser composta por dois Enfermeiros, ambos com experiência e formação em suporte avançado de vida e suporte de vida em trauma (Direção-Geral de Saúde, 2010). A ativação da equipa de trauma deverá ser realizada aquando da triagem de prioridades do doente ou por indicação médica no serviço de urgência (Direção-Geral de Saúde, 2010), de acordo com os critérios definidos pela DGS (Quadro 3):

<p>Sinais Vitais e Nível de Consciência:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FR <10 ou >29 ciclos por minuto • SPO2 <90% com oxigénio Suplementar • PAS<90mmHg • GCS <14 ou queda superior a 2 pontos desde o acidente
<p>Anatomia da Lesão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trauma penetrante: cabeça, pescoço, torax, abdómen, períneo, proximal ao cotovelo e/ou joelho • Retalho costal • Fratura de dois ou mais ossos longos • Fratura de bacia • Fratura do crânio com afundamento • Amputação proximal ao punho e/ou tornozelo • Associação trauma + queimaduras • Queimaduras major/graves: 2º Grau > 20% ou 3º Grau > 5% • Queimaduras com inalação • Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, circunferenciais das mãos ou pés

Quadro 3: Critérios de ativação da equipa de trauma (Direção-Geral de Saúde, 2010)

Após a sua ativação, a equipa de trauma deverá atuar de acordo com a sequência ABCDE estabelecida pelo American College of Surgeons (American College of Surgeons - Committee on Trauma, 2008). O princípio subjacente a esta metodologia é de que o desenvolvimento de uma rotina de avaliação sistematizada para todas as vítimas assegura que as lesões que podem ser potencialmente ameaçadoras para a vida serão abordadas de forma prioritária em relação a outras que, sem constituírem critérios de gravidade clínica, podem estar presentes de forma mais dramática (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2013).

A abordagem ABCDE divide-se em abordagem primária e abordagem secundária. As cinco etapas que constituem a abordagem inicial ou primária são: (A) permeabilização da via aérea com controlo cervical; (B) ventilação e oxigenação; (C) circulação com controlo de hemorragia; (D) disfunção neurológica; (E) exposição com controlo de temperatura (American College of Surgeons - Committee on Trauma, 2008). De acordo com esta metodologia, as lesões ameaçadoras à vida identificadas devem ser imediatamente tratadas antes de avançar para as etapas seguintes da avaliação (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2013). A abordagem secundária só deve ter início após a conclusão da abordagem primária e inclui a avaliação completa dos parâmetros vitais, a observação sistematizada de forma a identificar todas as lesões presentes e a recolha de informação através da mnemónica CHAMU: C – circunstâncias do acidente; H – história anterior de saúde; A – alergias conhecidas; M – medicação habitual; U – hora da última refeição (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2013).

Para além das normas de atuação clínica subjacentes à filosofia de abordagem segundo a metodologia ABCDE, a norma 07/DQS/DQCO da DGS (2010) inclui ainda a recomendação de implementação de um programa de melhoria da qualidade da abordagem ao doente traumatizado. Deste programa devem constar: (i) reuniões de discussão de mortalidade e morbilidade; (ii) criação de um painel de mortes evitáveis; (iii) monitorização de filtros de auditoria, complicações e efeitos adversos; (iv) implementação de medidas correctivas e demonstração da sua eficácia (Direção-Geral de Saúde, 2010, p. 9). No entanto, o inquérito realizado pela CRRNEU em Dezembro de 2011 demonstrou que apenas 17% dos hospitais do País tinham implementado as normas constantes na circular normativa da DGS, reforçando a necessidade de intensificar o processo de implementação da norma por permitir comprovadamente reduzir a morbi-mortalidade no trauma (CRRNEU, 2012).

Nem sempre a melhor evidência demonstrada pela investigação e apresentada na literatura é suficiente para a mudança. Os profissionais têm de ser persuadidos dos resultados para os seus doentes e que valerá a pena o tempo e a preocupação que envolve a mudança nos hábitos de trabalho (Craig & Smyth, 2004). Não foram ainda estudadas as causas pelas quais os SU em Portugal não implementam, ou têm dificuldade em implementar, programas de promoção da qualidade, refletida pela baixa

percentagem de SU com VVT implementada em 2012 (CRRNEU, 2012). No entanto, a teoria de médio alcance das transições de Afaf Meleis pode ajudar a compreender este processo. Esta teoria envolve três dimensões que compoem o modelo: (i) natureza das transições; (ii) condições da transição; (iii) padrões de resposta (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

Relativamente à primeira dimensão, a natureza das transições, refere-se ao tipo e padrão da transição, bem como às propriedades do processo transicional. Quando a transição se refere às mudanças a implementar num serviço ou hospital com o objetivo de implementar um programa de melhoria dos Cuidados, pode a mesma ser categorizada de transição organizacional.

A segunda dimensão, referente às condições da transição, refere-se ao contexto pessoal e social no qual a transição ocorre, com ênfase em fatores que podem ser facilitadores ou inibidores do processo de transição.

A identificação de factores de ordem pessoal ou social que inibem ou facilitam a transição organizacional de implementação de um programa de promoção da qualidade dos Cuidados exigiria um estudo de investigação que não é objetivo deste relatório de estágio. No entanto, a diminuição da casuística relacionada com o trauma no nosso País (ANSR, 2012) e a diminuição de rácios de Enfermagem nos SU podem ser alguns dos fatores que ajudam a explicar a dificuldade de implementação de programas de promoção da qualidade em trauma.

Para o encerramento do ciclo transicional, é necessário também que sejam conhecidos os indicadores de processo e os *outcomes* do programa de melhoria da qualidade dos Cuidados.

Nesta última dimensão, a VVT apresenta-se como um programa de promoção da qualidade em trauma, uma vez que a DGS (2010) recomenda a implementação de um programa de melhoria da qualidade que inclua reuniões de discussão de morbilidade e mortalidade, criação de um painel de “mortes evitáveis”, monitorização de indicadores de qualidade e adoção de medidas corretivas dos problemas identificados (Direção-Geral de Saúde, 2010).

Mas como pode ser definida qualidade em saúde? Segundo a norma ISO 8402, qualidade é “a *totalidade das características de uma entidade que lhe confere a capacidade de satisfazer necessidades explícitas e implícitas dos clientes*”. Sendo um conceito que envolve grande complexidade, da qualidade não depende apenas o objetivo sucesso clínico do processo de Cuidados mas também o subjetivo nível de satisfação do cliente. Segundo a Organização Mundial de Saúde, qualidade em saúde pode ainda ser caracterizada como “o *nível no qual os serviços de saúde propiciam aos indivíduos e populações o aumento da probabilidade de ganhos em saúde desejados e são consistentes com a mais recente evidência científica*” (World Health Organization, 2009).

Reportando apenas ao carácter objetivo do sucesso do processo de Cuidados, este pode ser avaliado através da medição de indicadores de qualidade. Um indicador de qualidade constitui-se como uma medida que dá informação acerca de um aspeto específico da operacionalidade de um sistema, da tomada de decisão, dos procedimentos clínicos efetuados e do resultado, num determinado processo e período de tempo (Ordem dos Médicos, 2009). Estes indicadores de qualidade podem ser classificados de acordo com a área de análise em: (i) estrutural, quando relacionado com as infra-estruturas e equipamentos; (ii) processual, quando relacionado com os aspetos organizativos e cuidados clínicos prestados, de acordo com os recursos disponíveis, as normas de boa prática e a evidência científica; (iii) resultado, quando relacionado com as consequências de processo, como sejam complicações clínicas, morbilidade, qualidade de vida e mortalidade (Donabedian, 1996).

No relatório de 2012, a CRRNEU identifica diversos indicadores de qualidade, gerais e específicos, a serem aplicados nos SU em Portugal. No caso dos CT e relativamente ao caso específico da VVT, este documento identifica como indicadores de qualidade a medir: (i) tempo até à realização de radiografia de tórax nos traumatizados de tórax admitidos como VVT; (ii) taxa de entubações traqueais no traumatismo crânio-encefálico (TCE) grave (GCS<9); (iii) tempo de demora operatória nos traumatismos dos membros com fraturas expostas; (iv) taxa de doentes com hematomas subdurais e extradurais que são operados em menos de 4 horas. Ainda que genéricos, outros indicadores de qualidade sugeridos pela CRRNEU e que devem ser avaliados num CT são: (i) tempo entre a admissão e a primeira observação médica; (ii) tempo de

permanência no SU; (iii) taxa de doentes que permanecem no SU por mais de 6 horas; (iv) taxa de readmissões não programadas; (v) taxa de doentes que abandona o SU antes da avaliação médica; (vi) análise da satisfação dos doentes e acompanhantes face à sua experiência no SU (CRRNEU, 2012).

Também a OM definiu uma lista de indicadores de qualidade a serem avaliados, baseados na revisão da literatura de trauma, dos quais podem ser destacados a título de exemplo: (i) referenciação via 112 de todos os doentes com traumatismo grave; (ii) entubação traqueal de todos os doentes com GCS<9; (iii) administração de oxigénio a todos os doentes com trauma grave; (iv) administração de fluidos inferior a 500ml; (v) administração de solutos sem glicose; (vi) comunicação clínica direta entre a equipa pré-hospitalar e a equipa hospitalar; (vii) registo clínico com informação correta e completa de dados mínimos; (viii) avaliação inicial hospitalar segundo metodologia ABCDE realizada em menos de 20 minutos; (ix) tempo de imobilização em plano duro inferior a 2 horas; (x) imobilização não invasiva da bacia no doente com suspeita de trauma pélvico; (xi) taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde (Ordem dos Médicos, 2009).

Qual o papel que os Enfermeiros podem e devem desempenhar na implementação de um programa de qualidade? A OE identifica a prevenção de complicações, a organização dos Cuidados e a prevenção de infeção associada aos Cuidados como alguns dos padrões de qualidade a garantir através dos Enfermeiros peritos ou especialistas em PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A OM sugere que todos os CT tenham um Diretor Médico e um Enfermeiro Coordenador que se responsabilizem pela execução e pela avaliação do programa de trauma da instituição (Ordem dos Médicos, 2009). Para além de integrar a equipa de trauma enquanto elemento executivo ou consultivo, o Enfermeiro Coordenador de Trauma deve: (i) gerir os recursos técnicos e equipamentos da sala de emergência; (ii) preencher o registo de trauma; (iii) acompanhar o Médico responsável na avaliação da evolução clínica diária dos doentes admitidos; (iv) colaborar na implementação de planos de avaliação de qualidade; (v) coordenar os planos de integração, educação e formação pós-graduada de trauma dos Enfermeiros (Ordem dos Médicos, 2009).

2.4. O REGISTO DE TRAUMA COMO ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A promoção da qualidade dos Cuidados à Pessoa vítima de trauma grave depende da implementação de sistemas de trauma funcionais, nos quais o registo de trauma é um elemento crucial (Nwomeh, Lowell, Kable, Haley, & Ameh, 2006). Os registos de trauma são uma ferramenta onde é reunida informação relativa às Pessoas vítimas de trauma que reúnem determinados critérios de inclusão e em que são registadas informações relacionadas com os seus dados demográficos, clínicos e com a cinemática do acidente. O registo deve incluir indicadores de qualidade, complicações e índices de gravidade, de forma a avaliar a adaptação do sistema às normas de boa prática instituídas (Ordem dos Médicos, 2009). Um registo de trauma providencia uma forma de colher e analisar informação epidemiológica considerada pertinente que pode ser utilizada com o objetivo de implementar estratégias de promoção da qualidade, investigação e planeamento. De acordo com a DGS (2010), o registo de trauma permite analisar: (i) incidência; (ii) prevalência geográfica; (iii) causas e severidade de lesão; (iv) identificação do acesso aos Cuidados; (v) eficácia do tratamento e desvio das normas; (vi) resultados e custos associados (Direção-Geral de Saúde, 2010).

Contudo, a organização da informação relacionada com *trauma major* num registo é um conceito que está longe de ser recente (Glenn, et al., 2008). O primeiro registo de trauma computadorizado foi implementado em 1969 no *Cook County Hospital*, em Chicago. Os registos de trauma, implementados inicialmente numa base hospitalar para utilização interna das instituições, rapidamente cresceram, sendo implementados registos de trauma de base regional congregando dados de diversas instituições. O registo de trauma do *Cook County Hospital* tornou-se rapidamente no percusor do *Illinois Trauma Registry* que começou por reunir informação de 50 centros de trauma em 1971 (Nwomeh, Lowell, Kable, Haley, & Ameh, 2006).

Um registo de trauma deve incluir informação relacionada com os aspetos demográficos, mecanismo de lesão, local e circunstâncias do acidente, informação pré-hospitalar, sinais vitais (tanto no pré-hospitalar como à entrada no SU), índice de severidade da lesão (GCS, RTS, ISS ou outro), procedimentos adotados, *outcome* (incluindo duração do internamento) e complicações (World Health Organization, 2009).

Informação considerada essencial e que deverá fazer parte dos dados mínimos do registo de trauma segundo a OM (2009, p. 33) é: (i) dados demográficos; (ii) mecanismo e tipo de lesão; (iii) dados do pré-hospitalar; (iv) dados do hospital que devem incluir, entre outros, avaliação inicial e sinais vitais, co-morbilidades, meios complementares de diagnóstico realizados, procedimentos efetuados e encaminhamento definitivo.

Um registo de trauma pode produzir um significativo impacto no planeamento, implementação e avaliação de um sistema de trauma. A análise e interpretação dos registos de trauma contribuem para a produção de evidência científica nos Cuidados à Pessoa vítima de trauma grave (Lefering & Ruchholtz, 2011) o que se reveste de enorme importância para o *benchmarking* entre hospitais e, conseqüentemente, para a promoção da qualidade dos Cuidados.

Uma vez fundamentada a imprescindibilidade do registo de trauma num programa de qualidade de Cuidados, como pode ser enquadrado este registo no contexto do processo de Enfermagem?

Para Meleis, o Enfermeiro interage com o ser humano numa situação de saúde-doença e que está a viver uma transição. As interações entre Enfermeiro e cliente organizam-se em torno de uma intenção em que o Enfermeiro utiliza algumas terapêuticas de Enfermagem para promover uma transição saudável (Meleis & Tragenstein, 1994). Esta intenção do Enfermeiro é fundamentada cientificamente no processo de Enfermagem, que se desenvolve em cinco fases: (i) avaliação inicial; (ii) identificação de problemas; (iii) planeamento; (iv) implementação; (v) avaliação (Potter & Perry, 2006). Integrado neste processo de Enfermagem, o registo de trauma surge como uma ferramenta de colheita de dados, em que é registado o histórico, relacionado com a cinemática do trauma e a anamnese. Ao utilizar o processo de Enfermagem,

“... o Enfermeiro prioriza e diagnostica os problemas, procurando recolher e analisar os dados mais relevantes que lhe permitem estabelecer objetivos e um plano de Cuidados fundamentado no e para o qual assume a parceria efetiva do cliente/cuidadores. Cria momentos de avaliação em todo o processo e procede às respectivas alterações sempre que considera necessário, visando a qualidade dos Cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 16).

Mas que dados são os mais relevantes no contexto dos Cuidados urgentes ou emergentes à Pessoa vítima de trauma grave? De acordo com a OM, as informações clínicas devem ser efetuadas de forma organizada, segundo a metodologia de prioridades ABCDE (Ordem dos Médicos, 2009). Na realidade, se o registo for efetuado de acordo com a metodologia de abordagem preconizada pelo *American College of Surgeons* e adotada em Portugal pela DGS, este torna-se mais fiel aos Cuidados efetivamente prestados e, se normalizado na figura de um registo de trauma, permitirá posteriormente a análise de indicadores de qualidade dos Cuidados. O registo de trauma constitui-se assim como parte integrante dos registos de Enfermagem, pela capacidade de reunir informação considerada essencial para a avaliação de *outcomes* e promoção da qualidade dos Cuidados no futuro.

3. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A realização de um projeto na área dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma Grave surge de forma quase natural, tendo em conta o historial da minha vida profissional, desde cedo ligado à área da urgência e emergência, trabalhando num SUP há cerca de 14 anos e com perto de uma década de experiência na emergência pré-hospitalar, exercendo funções tanto na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), como em helicóptero do Serviço de Helitransporte de Emergência do Instituto Nacional de Emergência Médica. O meu percurso académico pós-graduado, com várias formações realizadas na área da emergência, incluindo o curso *Trauma Management and Mass Casualty Situations* frequentado em 2010 em Israel e a pós-graduação em Intervenção Humanitária e Catástrofe pela Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias ajudaram-me a definir o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências que pretendi desenvolver neste Mestrado. Sendo Portugal um dos países da União Europeia com maior sinistralidade rodoviária, com um registo de 580 vítimas mortais e 2033 feridos graves no ano de 2012 (ANSR, 2012) e estando alguns aspetos da circular normativa 07/DQS/DQCO (Direção-Geral de Saúde, 2010) por cumprir, decidi pois efetuar o meu percurso de desenvolvimento de competências na área de projeto **“Promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma Grave”**.

Tendo em conta o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2010), o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2011) e o perfil de competências definido pela ESEL para o Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização: PSC foi desenhado um projeto de estágio que contemplasse locais que pudessem ser facilitadores da consecução dos objetivos gerais do estágio:

- Desenvolver competências como Enfermeiro perito na prestação de Cuidados à Pessoa vítima de trauma grave;

- Desenvolver competências como Enfermeiro perito na conceção e gestão de um projeto de promoção da qualidade dos Cuidados à Pessoa vítima de trauma grave.

3.1. A PARTILHA DE EXPERIÊNCIAS NA GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DE UM SISTEMA DE TRAUMA

No início do período de estágio, tive oportunidade de participar nas *4^{as} Jornadas Canárias de Enfermería en Urgencias y Emergencias*, por convite do Exmo Sr. Presidente da *Asociación Canária de Enfermería en Urgencias y Emergencias*, o Sr. Enfermeiro Xerach Arteaga Rodríguez (apêndices I e II). Estas Jornadas revelaram-se de extraordinária pertinência no percurso que estava a iniciar uma vez que, para além de diversos temas ligados à Enfermagem de Urgência e Emergência, foram apresentados temas específicos relacionados com a organização do sistema de trauma Canário e a necessidade de implementação de um registo de trauma em Espanha.

A apresentação intitulada “*Registro del Trauma: Usos y limitaciones*”, efetuada pelo Dr. José Ceballos Esparragón, cirurgião do Hospital Insular da Gran Canaria e responsável pelo programa *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) nas Canárias, teve como objetivo divulgar pelos participantes a importância da implementação de um registo de trauma em Espanha, partilhando a sua experiência no *Liverpool Hospital* de Sydney, Austrália.

Algumas das vantagens da implementação de um registo de trauma referenciadas pelo Dr. Esparragón foram a possibilidade de efetuar uma auditoria indireta de qualidade aos cuidados prestados no pré-hospitalar, possibilitar um levantamento estatístico quanto ao trauma admitido a nível hospitalar, realizar um controlo de qualidade ao atendimento intra-hospitalar dos doentes vítimas de trauma nomeadamente em relação a tempos de resposta, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados e encaminhamento destes doentes após a sala de trauma. Com a análise de todos estes parâmetros, o registo de trauma permite o *benchmarking* entre os CT, podendo conduzir à melhoria das práticas.

Outro aspeto evidenciado na apresentação do Dr. Esparragón foi a forma do registo: informático ou em papel. Se este registo for informatizado naturalmente que facilitará a análise de todos os seus elementos. No entanto, fruto das experiências de alguns centros de trauma, numa fase inicial este registo poderá ser efetuado de forma manual e com critérios mais simples, de forma a facilitar a adesão dos profissionais ao seu registo.

Esta apresentação revestiu-se de elevada pertinência face ao projeto que me encontrava a estruturar, ao demonstrar as diversas vantagens, não apenas no âmbito clínico mas também ao nível da formação e da gestão que um registo de trauma pode trazer, seja ao nível de um hospital, a nível regional ou mesmo nacional. Numa altura em que em Portugal é equacionado o encerramento de SUP ou a sua desqualificação para Serviços de Urgência Médico-Cirúrgicos (SUMC), a existência de um registo de trauma poderá ajudar a fundamentar esta decisão, de forma que esta seja tomada tendo por base dados factuais e não meramente em condicionalismos políticos. Por outro lado, pode contribuir para direcionar as políticas de formação dos hospitais ao identificar necessidades formativas ou de melhoria de Cuidados. Esta apresentação, mais do que qualquer outra, forneceu-me algumas novas ideias que me ajudariam a estruturar o estágio no meu contexto de trabalho.

No último dia das Jornadas, apresentei a minha palestra que versava sobre o projeto que planeava desenvolver no meu local de trabalho, enquadrando-o no sistema de trauma nacional (apêndice III) e no papel desenvolvido pelos Enfermeiros, com diferenças significativas relativamente ao sistema Canário, onde existe uma presença de Enfermeiros muito significativa no sistema pré-hospitalar, tanto em ambulâncias de emergência como na central de regulação e coordenação.

O contacto com Enfermeiros gestores com influência na organização do sistema de trauma Canário e a apresentação de um trabalho num congresso internacional, revelaram-se para mim de grande importância na aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro especialista (Diário da República, 2011), nomeadamente ao nível dos domínios da gestão dos Cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.2. A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ALTAMENTE DIFERENCIADOS E INDIVIDUALIZADOS À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA GRAVE

O primeiro campo de estágio, que teve lugar entre 6 de Outubro e 30 de Novembro de 2012, foi realizado na UCIP de um Centro Hospitalar de Lisboa. Esta Unidade está inserida num dos hospitais considerados pelo relatório da CRRNEU (2012) como um dos CT a manter na cidade de Lisboa. É considerada uma UCI de nível III, denominação dada pelo Ministério da Saúde aos

“serviços de medicina intensiva/unidades de cuidados intensivos que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo da qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o serviço ou unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente” (Ministério da Saúde, 2003).

Trata-se de uma UCI com doze camas sendo que destas, oito são de Cuidados intensivos e quatro de Cuidados intermédios. Sendo uma Unidade Polivalente, admite Pessoas com todo o tipo de patologias, desde o foro médico ao foro cirúrgico. Neste panorama, o trauma é uma patologia quase sempre presente, embora não represente a maioria dos casos admitidos nesta UCI. A UCIP conta com uma equipa de Enfermagem de 45 elementos, sendo que destes, 10 são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O método de trabalho adotado nesta UCI é o método de responsável, em que *“cada Enfermeira é responsável pela execução de todos os Cuidados de que os doentes que lhe são confiados necessitam, durante todo o seu turno de trabalho diário”* (Hesbeen, 2001).

Antes do início do estágio, no decorrer do 2º semestre do Curso de Mestrado tive oportunidade de realizar uma reunião com a Srª Enfermeira Chefe da UCIP, reunião esta integrada numa visita de campo. Nesta ocasião, a Srª Enfermeira Chefe teve oportunidade de partilhar a filosofia da UCI e a dinâmica diária do seu funcionamento, bem como alguns princípios que norteiam a gestão do serviço. A minha integração no

serviço foi facilitada pelo facto do Enfermeiro Orientador de estágio ter trabalhado muitos anos num SUP, pelo que facilmente conseguiu perceber a minha realidade diária de prática de Cuidados e com isso fazer a ponte para a realidade dos Cuidados intensivos.

A diversidade de patologias e co-morbilidades associadas presentes nesta UCI permitiu a satisfação das minhas expectativas, uma vez que deu resposta aos objetivos traçados para a realização deste estágio (apêndice IV).

De acordo com o Enfermeiro orientador do local de estágio, elaborei durante este estágio um estudo de caso (apêndice V) tendo por base a situação vivenciada pela Rita (nome fictício), uma jovem de 21 anos vítima de acidente de viação do qual resultou traumatismo craneano, torácico, vértebro-medular, bacia e membros. Este trabalho revelou-se uma boa estratégia para desenvolver e consolidar conhecimentos nesta área, nomeadamente através da articulação da experiência profissional em contexto de urgência com a nova realidade de estágio em ambiente de cuidados intensivos. Aliás, Benner refere que os Enfermeiros “*aprendem melhor quando se utilizam estudos de caso que põe à prova e requerem a capacidade de apreender uma situação*” (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011).

O internamento da Rita na UCIP resultou da necessidade de uma abordagem integrada enquanto Pessoa vítima de trauma grave, com recurso a suporte ventilatório e hemodinâmico, monitorização hemodinâmica invasiva, controlo da dor e apoio à família a viver uma transição situacional. A prestação de cuidados individualizados a esta jovem permitiu-me o desenvolvimento de grande parte das competências a que me propus no início deste campo de estágio e esplanados nos objetivos do mesmo. A elaboração deste estudo de caso permitiu-me a reflexão sobre a prática, enquadrando as atividades realizadas e os Cuidados prestados de acordo com a mais recente evidência científica. Permitiu ainda analisar de forma reflexiva a prática de Cuidados à luz da teoria das transições de Afaf Meleis.

No caso em estudo as transições são múltiplas, uma vez que tanto a Pessoa vítima de trauma grave como a sua família viveram uma série de transições em simultâneo, conforme descrito no *quadro 4*. Por um lado, a transição saúde doença que é definida pela passagem de uma condição saudável para uma condição de doença, que inclui as

mudanças biopsicossociais e espirituais que influenciam a adaptação da Pessoa ao ambiente (Chick & Meleis, 1986). Por outro lado, a hospitalização constitui-se como uma transição situacional que consiste em eventos, esperados ou não, que desencadeiam alterações e que levam a Pessoa a adaptar-se à nova situação que desencadeou a mudança (Chick & Meleis, 1986).

	Rita	Família
Processos de Transição	Transição Saúde Doença relacionada com evento traumático e consequências para o sistema nervoso central e locomotor	
	Transição Situacional relacionada com internamento em UCI	Transição Situacional relacionada com internamento da Rita e com necessidade de deslocação diária entre Évora e Lisboa
	Transição Situacional relacionada com alteração de planos académicos futuros, relacionada com possível incapacidade física e consequências para a licenciatura em desporto	

Quadro 4: Análise de transições múltiplas no estudo de caso

Para além da análise da situação de Cuidados à luz da teoria das transições, este trabalho permitiu-me também refletir sobre as práticas realizadas, nomeadamente na gestão de protocolos terapêuticos complexos. A prevenção da pneumonia associada ao ventilador (PAV) e os protocolos de alimentação entérica e controlo de glicémia instituídos na UCIP, de gestão interdependente por parte dos Enfermeiros, permitiram-me aprofundar conhecimentos na área dos Cuidados da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, bem como desenvolver competências na prevenção e controlo de infeção.

A intervenção dos Enfermeiros na prevenção e controlo de infeção foi aliás uma das competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem à PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2010) que pude ver desenvolvida no decorrer deste estágio. As UCI, pelas suas características e pelo tipo de procedimentos invasivos realizados, são locais propícios à ocorrência de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) (Direcção Geral da Saúde, 2007). Estando em fase de acreditação por uma empresa de auditoria externa, a UCIP tem instituídos diversos protocolos que norteiam as intervenções dos Enfermeiros no controlo e prevenção das IACS.

A prestação de Cuidados à Pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva e sob monitorização hemodinâmica invasiva, com linha arterial e catéter PICCO, foram algumas das técnicas mais complexas e desafiantes por mim executadas neste contexto. Naturalmente que, considerando-me no nível iniciado na prestação dos Cuidados supracitados, estes foram inicialmente supervisionados pelo Enfermeiro orientador do local de estágio até ao desenvolvimento de autonomia. Sendo a PAV a IACS mais comum e fatal em Pessoas submetidas a ventilação invasiva (Gillespie, 2009), foi de grande interesse a prestação de Cuidados de Enfermagem neste contexto. Isto porque no meu contexto habitual de trabalho, o SU, são muitas vezes submetidas a entubação traqueal e ventilação invasiva Pessoas que, quando transferidas para UCI, é perdido o seu *follow-up*. A consciencialização da importância da prevenção da PAV e o conhecimento de intervenções autónomas do Enfermeiro como a elevação da cabeceira e a higiene oral, que devem começar logo no SU, constituíram mais-valias para o meu desempenho profissional futuro.

De acordo com o Enfermeiro orientador do estágio, foi elaborado um jornal de aprendizagem (apêndice VI) onde procurei refletir sobre a presença da família no contexto do ambiente de cuidados intensivos, bem como fatores inibidores e facilitadores da transição situacional vivida, tendo em especial atenção o contexto particular da situação já referenciada no estudo de caso.

Como UCI de nível III polivalente, este serviço dá apoio ao serviço de hematologia e oncologia do centro hospitalar em que está inserida, motivo pelo qual admite muitas Pessoas em contexto de sépsis e falência multi-orgânica, carecendo de intervenções complexas como técnicas de hemofiltração contínua ou intermitente. A prestação de Cuidados neste contexto fez com que algumas das competências por mim desenvolvidas extrapolassem a área específica a desenvolver no projeto de estágio. Este fator acabou por enriquecer as experiências vividas no decurso deste campo de estágio, permitindo trazer mais-valias para o meu dia-a-dia em contexto de SU.

A antecipação de complicações em ambiente de UCI, que fazem parte do 3º pico de mortalidade do politraumatizado descrito anteriormente neste relatório, fez-me ganhar um outro olhar sobre a Pessoa em contexto de Cuidados urgentes ou emergentes no serviço de urgência. Alguns gestos simples constituem funções autónomas do Enfermeiro fundamentais na prevenção da infeção e da falência multi-orgânica. A

desinfecção periódica e protocolada de linhas endovenosas e as intervenções autônomas na prevenção da PAV são alguns dos gestos que integrei mais tarde no meu dia-a-dia enquanto Enfermeiro do SU.

3.3. DA EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE TRAUMA DE REFERÊNCIA MUNDIAL À REALIDADE NACIONAL

O *Loyola University Medical Center* (LUMC) é o único CT certificado pelo *American College of Surgeons* no Estado do Illinois. O seu SU recebe cerca de 45.000 doentes por ano (125-150 doentes por dia). Este SU admite utentes em idade adulta e em idade pediátrica, sendo um CT de referência para vários outros hospitais da região. Para além do trauma, situações como grávidas de alto risco, síndromes coronárias agudas, envenenamentos e emergências pediátricas são situações habituais neste SU.

O SU do LUMC dispõe de 27 camas, distribuídas em boxes individuais com capacidade para monitorização não invasiva. Inclui também 3 salas de trauma, bem como uma área específica para atendimento de crianças e uma outra para síndromes coronárias agudas.

As equipas são constituídas em cada turno por cinco médicos emergencistas e três internos de Cirurgia. A equipa de Enfermagem, que se organiza em turnos de 12 horas (das 7h00m às 19h00m e das 19h00m às 7h00m) é composta por oito Enfermeiros por turno. Desta equipa de Enfermagem fazem parte alguns *Nurse Practitioners* (NP), embora possam dar apoio à equipa outros NP que não fazem parte integrante do SU, como os *Acute Care Nurse Practitioners* (ACNP) em caso de admissão de um politraumatizado. Mas qual o papel destes NP?

Tendo como objetivo a melhoria do acesso aos cuidados e a consequente melhoria de indicadores de saúde, desde a década de 80 que em países como os Estados Unidos, a Austrália e o Reino Unido têm sido criados programas de formação para promover a prática avançada através do desenvolvimento de competências e acreditação (Royal College of Nursing, 2008). Não sendo um conceito propriamente novo nos países anglo-saxónicos, não existe no entanto ainda hoje um total consenso sobre a definição dos NP. Em 2008, o *International Council of Nurses* (ICN) propôs a seguinte definição:

“A Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse is a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credentialed to practice. A Master’s degree is recommended for entry level” (OECD, 2010,p. 20).

Tanto nos Estados Unidos como no Reino Unido os NP surgiram inicialmente no contexto da Enfermagem Comunitária, exercendo de forma autónoma a sua intervenção em regiões mais remotas sem acessibilidade a cuidados médicos. No entanto, a necessidade de reduzir horas trabalhadas por médicos juniores resultou em iniciativas que expandiram o tradicional âmbito da prática de Enfermagem no Reino Unido (Royal College of Nursing, 2008) e também nos Estados Unidos alargando rapidamente a intervenção dos NP para o contexto hospitalar. As restrições orçamentais fazem os políticos equacionar todas as hipóteses de redução de custos por parte dos organismos públicos. A este facto não será alheio o capítulo reservado aos Enfermeiros no relatório final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (2011) referente à atribuição de novas atividades aos Enfermeiros. A insuficiência de recursos humanos médicos em algumas áreas e a necessidade em racionalizar e reduzir custos são aspetos apontados neste relatório que motivam a necessidade em atribuir novas tarefas a diferentes grupos profissionais. Pode ler-se ainda que *“... à medida que aumenta o rácio entre Enfermeiros e Médicos, parece haver uma redução de custos (...) poderá haver uma combinação ineficiente na utilização destes recursos e margem para task-shifting entre Médicos e Enfermeiros”* (Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011). Esta necessidade de redução de custos nas políticas de saúde já tinha sido advertida por Abel Paiva e Silva como um catalisador para a discussão do conceito de NP em Portugal, a par do desenvolvimento verificado no ensino da Enfermagem em Portugal e a evolução verificada no exercício profissional (Silva, 2007).

Naturalmente que ao conceito de *task-shifting* está implícita a transferência de atividades de profissionais mais bem remunerados (Médicos) para outros pior remunerados (Enfermeiros). Pode aqui ser levantada a discussão que a Enfermagem arrisca-se assim em mergulhar num modelo mais biomédico pela assimilação de funções ou tarefas tradicionalmente realizadas pelos Médicos. No entanto é preciso

não esquecer que no passado já ocorreram múltiplas transferências de tarefas ou funções dos Médicos para os Enfermeiros, como são exemplo a colheita de produtos biológicos para análise, a preparação de doentes para a realização de meios complementares de diagnóstico ou a administração de fármacos (Silva, 2007), pelo que o conceito de *task-shifting* é tudo menos uma novidade. Independentemente do acréscimo de funções, em número ou complexidade, o desenvolvimento de uma “*Enfermagem com mais Enfermagem*” deverá depender essencialmente de quem a executa, ou seja, o Enfermeiro.

Não fazendo parte dos objetivos deste relatório discutir sobre a pertinência da atribuição de novas tarefas, tradicionalmente médicas, a Enfermeiros, nem tão pouco dissertar sobre a dicotomia Enfermagem avançada *versus* Prática avançada, este aspeto não deixa de ser um ponto de partida para futuras discussões que farão repensar o âmbito da prática de Enfermagem em Portugal, nomeadamente ao nível das prescrições por Enfermeiros.

O que faz parte deste relatório é realçar o papel que os NP desenvolvem no seio da equipa de trauma no LUMC, com óbvios ganhos em saúde e oferecendo um importante contributo para a sustentabilidade e qualidade do sistema. O seu posicionamento no serviço de trauma do departamento de cirurgia permite-lhes garantir o efetivo *continuum* de Cuidados da Pessoa vítima de trauma desde o momento em que esta entra pela porta do SU. Fazendo a supervisão e gestão de Cuidados de forma transversal, envolvendo o SU, as UCI, as enfermarias e fazendo inclusivamente o *follow-up* após a alta, os NP conseguem garantir este *continuum* de cuidados, nem sempre tão atingível quando os serviços estão administrativamente separados como em Portugal. Para além disso, é garantido neste sistema que a Pessoa vítima de trauma tem sempre um acompanhamento de um Enfermeiro perito nesta área.

No serviço de trauma do departamento de cirurgia do LUMC, o NP inicia o seu dia de trabalho integrando a equipa de cirurgiões que reúne às 8h30 no serviço de Imagiologia. Aqui são visionados os exames (Rx e TAC) efetuados aos doentes do foro cirúrgico desde o dia anterior. São discutidos em equipa alguns aspetos relacionados com cada doente e depois a equipa divide-se, iniciando a visita aos doentes internados em UCI e aos doentes internados em enfermaria. Fazem parte destas visitas um cirurgião assistente, a equipa de internos, os NP, uma farmacêutica e uma Enfermeira

que desempenha um papel focado na preparação para a alta, fazendo o levantamento dos recursos do doente no domicílio e facilitando o processo de alta, com resultados na diminuição dos tempos de internamento.

Cada visita é conduzida por um cirurgião sénior, sendo discutidos pela equipa multidisciplinar os aspetos relacionados com cada doente à porta do quarto. Depois a equipa reúne com o doente e partilha com este (e com a família se presente nessa altura) o plano terapêutico.

Para além de participarem na visita, os NP acompanham a evolução dos doentes durante o internamento, preparam a alta, fazem ensinios e efetuam o *follow up* do doente após a alta, através de consulta externa (*outpatient clinic*). Os NP executam também diversas técnicas como a colocação e remoção de catéter central, colocação e remoção de drenos torácicos, requisição de MCDT adequados ao doente e prescrição de fármacos (com exceção de metadona).

O objetivo central deste *task-shifting* é a presença mais assídua dos cirurgiões no bloco operatório, rentabilizando o trabalho efetuado pelos NP no acompanhamento do doente em UCI, enfermaria e consulta. Cada cirurgião opera pelo menos dois dias por semana, uma vez que o trabalho de enfermaria e de consulta externa encontra-se francamente reduzido devido ao trabalho desenvolvido pelos NP.

Durante o estágio tive oportunidade de visitar a *Marcella Niehoff School of Nursing*, que juntamente com a *Stritch School of Medicine* faz parte integrante do LUMC. Durante a visita a esta Escola pude falar com a Enfermeira diretora que proporcionou uma visão geral sobre a filosofia dos cursos pós-graduados e mestrados, cujo objetivo é formar NP para assumirem a prestação direta de Cuidados a nível avançado, focando a sua intervenção na anamnese, exame físico, diagnóstico e tratamento. Os NP ficam assim habilitados a exercer as suas funções, com tomadas de decisão autónomas ou colaborativas na promoção e manutenção da saúde, prevenção da doença e abordagem do processo saúde-doença. A estes mestrados podem concorrer Enfermeiros com 2.000 horas de prática efetuada na área do Mestrado para o qual se candidatam (Loyola University Chicago, 2013). No caso concreto do mestrado que forma os *Acute Care Nurse Practitioners*, são admitidos Enfermeiros com experiência clínica na área dos cuidados intensivos ou serviço de urgência.

Ainda durante o estágio no LUMC, tive oportunidade de visitar o helicóptero de emergência cuja equipa é composta por Enfermeiro e paramédico, bem como de reunir com os responsáveis do sistema de emergência médica da região onde está sediado o LUMC. Pude constatar que também na emergência pré-hospitalar o papel dos Enfermeiros é preponderante, sobretudo ao nível da regulação dos meios de emergência que é feita a partir dos SU através de uma central rádio onde está alocado um Enfermeiro, mas também ao nível da formação e recertificação que é feita aos paramédicos, toda ela garantida por Médicos e Enfermeiros do LUMC.

O facto de ter acompanhado sempre durante o estágio no LUMC a *trauma coordinator*, ou seja, a Enfermeira Coordenadora do Trauma, permitiu-me ter uma visão sobre o papel desempenhado pelos NP e ACNP e estabelecer algum paralelismo com as competências preconizadas em Portugal pela OE para o Enfermeiro especialista em PSC. A oportunidade que tive em ver de perto a forma como os Enfermeiros trabalham com o registo de trauma, bem como as análises que dele podem ser extraídas para a promoção da qualidade do sistema, revelou-se de extraordinária importância para a etapa seguinte do estágio, um SUP de Lisboa.

3.4. DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO À CONCEÇÃO DE UM PROJETO DE PROMOÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

De acordo com o regulamento 122/2011 publicado em Diário da República, 2ª série, de 18 de Fevereiro de 2011, o Enfermeiro especialista tem como uma das suas áreas de competência o domínio da melhoria da qualidade, nomeadamente através de:

- a) Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- b) Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade;
- c) Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro.

Ainda de acordo com o mesmo regulamento, o Enfermeiro especialista responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade (Diário da República, 2011).

Estes foram os princípios que nortearam o estágio realizado no meu contexto habitual de trabalho, tendo como principal objetivo iniciar um projeto de melhoria das práticas relacionado com os Cuidados de Enfermagem à Pessoa vítima de trauma grave. Este processo implicava um diagnóstico de situação para a seguir implementar as medidas que fossem percursoras desse projeto. Uma dessas medidas seria a implementação de uma folha de registo de trauma, reconhecida pela bibliografia nacional e internacional como uma estratégia fundamental na promoção da qualidade dos Cuidados à Pessoa vítima de trauma grave. Este estágio decorreu de 8 de Janeiro até 15 de Fevereiro estando os objetivos anexados a este relatório (apêndice VII).

Para a consecução deste projeto foi essencial garantir os aspectos éticos a ele associados. Assim, foi assegurada a aprovação do estágio e do projeto pela Enfermeira Chefe do serviço e pela Direção de Enfermagem. Foram considerados os princípios éticos e valores do Código Deontológico dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Relativamente aos participantes no estudo, tanto aos Enfermeiros a quem foi aplicado o questionário como às Pessoas vítimas de trauma incluídas na folha de registo de trauma foi garantido o anonimato. Foi também efetuado um esclarecimento aos Enfermeiros do serviço acerca do tema e dos objetivos do instrumento de colheita de dados, através de uma folha de rosto, onde para além de estar a minha identificação apresentei a finalidade e pertinência do questionário para o serviço. A finalidade da aplicação dos instrumentos foi também explicada.

O meu contexto de trabalho é um SUP da cidade de Lisboa com uma média diária de atendimento de 250 Pessoas. Neste serviço exercem funções 71 Enfermeiros, sendo que 4 exercem funções de coordenação do serviço e 67 estão distribuídos por 5 equipas.

Previamente ao estágio foi efetuada uma reunião com a Enfermeira Chefe do serviço e a Enfermeira orientadora de estágio com a finalidade de apresentar os objetivos do projeto e encontrar as melhores estratégias para o seu desenvolvimento no serviço. Mais do que um projeto meramente académico, o meu objetivo era que este projeto fosse o berço de um programa mais ambicioso de promoção da qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa vítima de trauma e que este tivesse continuidade após o final do estágio. Para isso, era fundamental congregar os objetivos académicos com os objetivos do serviço. Da reunião com a Enfermeira Chefe e a Enfermeira

orientadora de estágio, surgiu o levantamento de algumas necessidades da equipa de Enfermagem do serviço mas que importava ver validadas através de um questionário.

Para Fortin (1999), um questionário é um método de colheita de dados que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Embora o questionário não permita ir tão em profundidade como uma entrevista, permite um melhor controlo dos enviesamentos, ajudando a organizar, normalizar e controlar os dados (Fortin, 1999). Este instrumento de colheita de dados foi preenchido por 41 dos 70 Enfermeiros do SUP.

O questionário (apêndice VIII), composto apenas de questões fechadas, permitiu que os dados obtidos fossem alvo de análise estatística através da utilização do programa informático *Microsoft Office Excel*[®] (apêndice IX). A análise destes dados permitiu proceder à caracterização da amostra, conhecer a perceção dos Enfermeiros face ao seu nível de conhecimentos nesta temática e identificar as áreas formativas que os mesmos consideram ser prioritárias no serviço.

Assim, 51% dos Enfermeiros referiu desconhecer a circular normativa da DGS “Organização dos cuidados hospitalares urgentes ao traumatizado”, 59% referiu desconhecer os critérios de ativação da equipa de trauma e 34% referiu não saber o que é um registo de trauma. Quando questionados acerca das necessidades formativas mais importantes para o serviço, 93% dos Enfermeiros referiram a abordagem da vítima de trauma em idade pediátrica, 63% a elaboração de registos adequados à Pessoa vítima de trauma grave e 59% a mobilização da Pessoa vítima de trauma vértebro-medular. De realçar que 44% dos Enfermeiros referiram ainda a abordagem ABCDE como uma necessidade formativa do serviço.

Foi então planeada uma ação de formação no serviço intitulada “Promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma Grave” (apêndices X e XI), que teve como principais objetivos: (i) apresentar à equipa de Enfermagem o projeto que iria implementar no serviço; (ii) sensibilizar para a importância dos indicadores de qualidade e do registo de trauma; (iii) dar a conhecer a folha de registo de trauma a implementar no serviço, apresentando-a como um modelo que seria colocado em teste para que os Enfermeiros ao preenchê-la pudessem analisá-la criticamente e propor alterações que conduzissem à melhoria da mesma.

O planeamento desta sessão foi elaborado de acordo com as recomendações da Enfermeira orientadora, nomeadamente em relação ao número de sessões a apresentar. Com a finalidade de poder abranger mais Enfermeiros, decidiu-se efetuar 1 sessão por equipa. Foram efetuadas no total 5 sessões, tendo assistido 47 Enfermeiros (o que corresponde a 66% dos Enfermeiros do SU). Para além dos Enfermeiros do serviço, assistiram a esta formação Enfermeiros externos ao serviço que exercem funções na VMER do hospital e 2 médicos de Anestesiologia.

Considero que este conjunto de 5 sessões constituiu um momento de partilha muito interessante entre os Enfermeiros do serviço e eu próprio, tendo vindo a representar um passo fundamental para o sucesso do projeto. Destas sessões, surgiu uma forte motivação por parte dos Enfermeiros do serviço em colaborar ativamente com o desenvolvimento do projeto, acreditando que o seu interesse para o serviço e para a qualidade dos Cuidados transforma este projeto de especial interesse para todos os Enfermeiros deste contexto. A adesão dos Enfermeiros à sessão foi muito boa e o *feed-back* dado pelos colegas durante as sessões demonstrou profundo envolvimento e genuíno interesse nesta temática, particularmente quando está em causa a introdução de uma ferramenta de registo que implica um acréscimo de volume de trabalho para os Enfermeiros.

A folha de registo de trauma proposta foi disponibilizada no serviço para preenchimento a partir do dia 28 de Janeiro. Com esta folha (apêndice XII), mais do que um documento acabado, pretendi colocar um documento com informações básicas de forma a poder recolher o *input* da equipa de Enfermagem. Foi proposto a todos os Enfermeiros do serviço que, ao preencher a folha de registo de trauma, anotassem todos os aspetos que entendessem como menos positivos e que os mesmos fossem comunicados através de *e-mail* ou verbalmente. Este processo ajudou os Enfermeiros a participarem no processo de mudança, uma vez que as pessoas sentem-se mais aptas em suportar aquilo que ajudam a criar (Ponte, Gross, Winer, Connaughton, & Hassinger, 2010). Desta forma os Enfermeiros sentiram esta ferramenta de trabalho não apenas como mais um trabalho académico mas como algo que também eles ajudariam a criar e com isso retirar benefícios para a qualidade do seu trabalho. Os *inputs* gerados pela equipa de Enfermagem foram muito interessantes e proporcionaram várias alterações na folha, tornando-a mais completa e *user-friendly*.

A folha de registo de trauma implementada e cuja versão final se anexa (apêndice XIII) pretende congrega a informação considerada relevante pela OM (2009), pela DGS (2010) e pela CRRNEU (2012) de forma a identificar e estratificar as Pessoas vítimas de trauma admitidas no SU e poder analisar alguns indicadores de qualidade. Assim, com o objetivo de incluir neste registo Pessoas que apresentassem *trauma major*, foram identificados os seguintes critérios de inclusão:

Crítérios Fisiológicos (DGS, 2010)
FR < 10 ou > 29 ciclos por minuto SPO2 < 90% com O2 PAS < 90mmHg GCS < 14 ou perda superior a 2 pontos
Crítérios Anatômicos (OM, 2009; DGS, 2010)
Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, períneo, proximal ao cotovelo ou joelho Retalho costal Fractura de dois ou mais ossos longos Fractura de bacia Fractura do crâneo com afundamento Amputação proximal ao punho e/ou cotovelo Associação trauma + queimaduras Queimaduras major/graves: 2ºGrau > 20% ou 3ºGrau > 5% Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, circunferenciais das mãos ou dos pés Lesão neurológica instalada
Crítérios de Mecanismo de Lesão (OM, 2009)
Queda > 3 Metros Acidente de veículo ligeiro com velocidade superior a 60Km/h Acidente de veículo de 2 rodas com velocidade superior a 30Km/h Encarceramento > 30 minutos Atropelamento Capotamento Projecção do veículo Mortos no acidente

Quadro 5: Critérios de inclusão na folha de registo de trauma

Tendo sido seguidos os critérios definidos pela circular normativa da DGS (2010) que define quais os critérios fisiológicos e anatômicos que devem estar presentes na ativação da equipa de trauma foram acrescentados critérios relacionados com o mecanismo de lesão, fruto da experiência adquirida no LUMC e com base nas *Normas*

de *Boa Prática em Trauma* da OM (2009). Na presença de apenas um dos critérios, os Enfermeiros dariam início ao preenchimento da folha de registo de trauma.

Relativamente à informação a introduzir na folha e tendo em conta o registo de dados mínimos a incluir de acordo com a OM (2009), esta foi dividida em 5 áreas:

- I. Identificação demográfica
- II. Critérios de ativação da equipa | preenchimento da folha
- III. Dados do Pré-Hospitalar | Dados da Transferência Inter-Hospitalar
- IV. Atuação no Serviço de Urgência
- V. Impressões Finais

Entre 28 de Janeiro e 15 de Fevereiro foram admitidas no SUP 1132 Pessoas vítimas de trauma, sendo que este dado foi obtido retroespeticivamente através do programa SONHO e incluindo todas as admissões no SU por queda, acidente de viação, acidente pessoal, acidente escolar e acidente de serviço. Destas, foram preenchidas 25 folhas de registo de trauma pelos Enfermeiros, representando apenas 2% de todas as Pessoas vítimas de trauma admitidas. Ainda que a amostra seja reduzida, os dados resultantes da análise das folhas de registo de trauma permitiram fazer uma caracterização do trauma grave admitido pelo SUP durante este período.

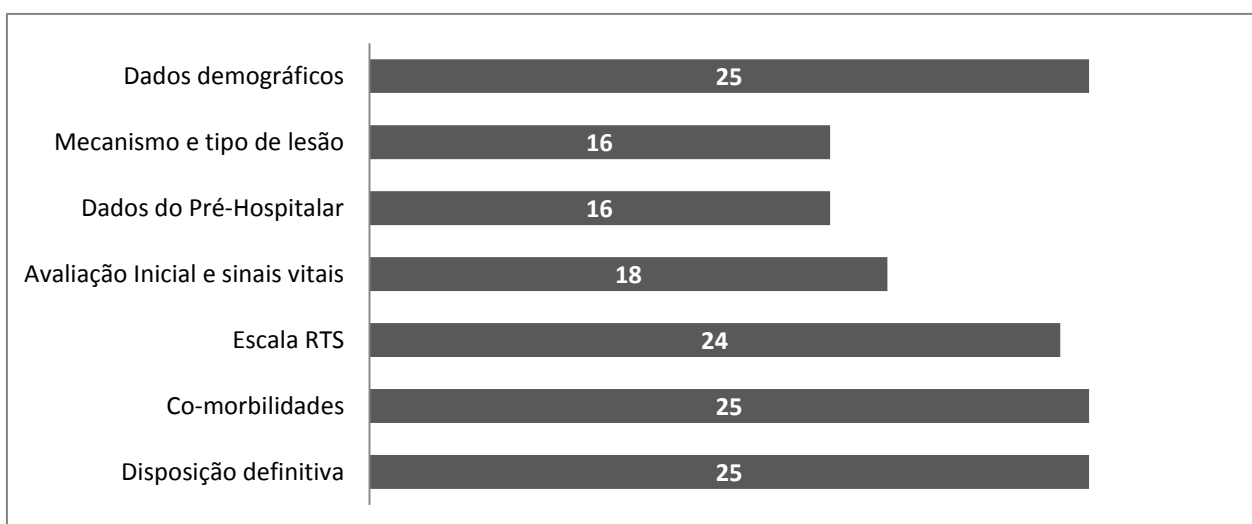


Figura 1: Adesão dos Enfermeiros ao preenchimento dos dados mínimos do registo de trauma

Apesar da informação veiculada na sessão de formação prévia, nem todas as folhas de registo foram preenchidas na totalidade. Como pode ser observado na *figura 1*, foram encontradas falhas de registo, nomeadamente no registo de mecanismo de lesão e

cinemática, dados de atuação pré-hospitalar e no registo da avaliação inicial e de sinais vitais completos à entrada no SUP. De realçar a boa adesão dos Enfermeiros ao registo do índice RTS (24 registos em 25 possíveis), registo até esta altura inexistente no serviço.

Da análise dos dados demográficos (*figura 2*), observa-se uma prevalência do sexo masculino com 64% dos doentes admitidos contra 36% do sexo feminino, bem como uma prevalência nas idades mais ativas, entre os 18 e os 47 anos, o que está aliás de acordo com o encontrado na literatura internacional (Emergency Nurses Association, 2007). De salientar que durante este período, não foi preenchida qualquer folha de registo de trauma referente a vítimas de idade pediátrica.

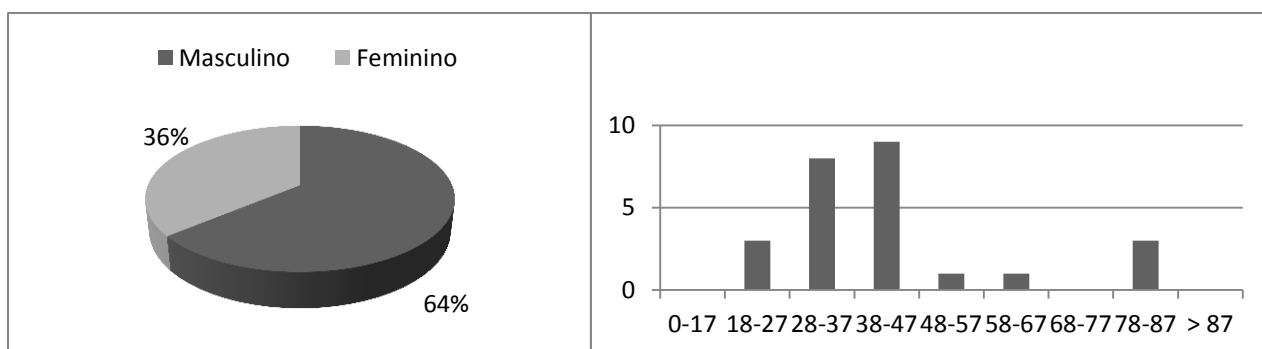


Figura 2: Dados demográficos referentes às Pessoas vítimas de trauma grave admitidas no SUP

Relativamente à categorização do trauma, 96% dos registos corresponderam a situações de trauma fechado, contra apenas 4% de trauma penetrante. Os acidentes de viação, onde se incluem acidentes com veículos ligeiros, motociclos e atropelamentos, foram a principal causa de trauma correspondendo a 76% dos casos, seguido pelas quedas com 20% e agressões com 4% (*figura 3*).

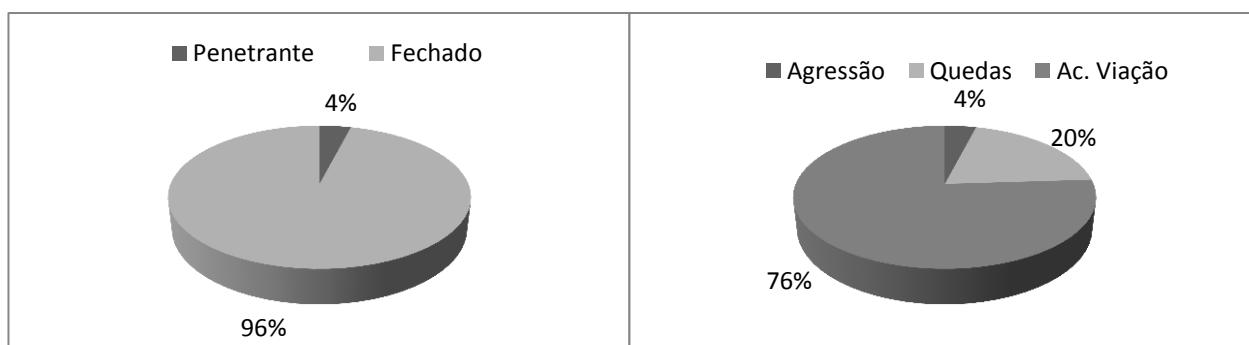


Figura 3: Caracterização do trauma

Das vinte e cinco Pessoas incluídas no registo de trauma, dezasseis tiveram alta após avaliação no SU enquanto nove foram admitidas para internamento. Destas, quatro foram transferidas para serviços de internamento, duas transferidas para o bloco operatório e três transferidas para hospitais da área de residência (*figura 4*).

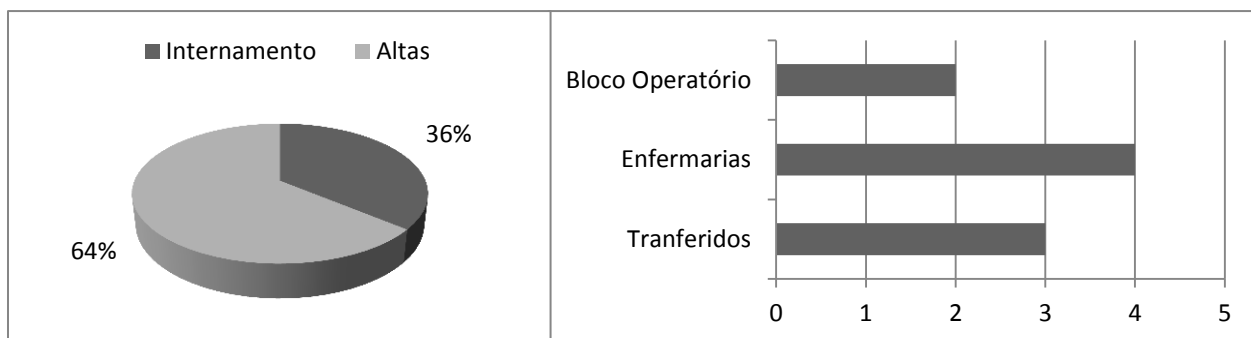


Figura 4: Disposição final após admissão e avaliação no SUP

Quando analisados os tempos de permanência no SU (*figura 5*) e comparados com os indicadores de qualidade da CRRNEU, vemos que a taxa de Pessoas que permanece no SU mais do que 6 horas é de 32%, muito superior à meta de 10% proposta no relatório da CRRNEU (CRRNEU, 2012, p. 106). No entanto, se distinguirmos aqui os doentes que necessitaram de internamento daqueles que tiveram alta clínica do SU, vemos que o primeiro grupo é o responsável pelo aumento do tempo de permanência no SU. Tal facto pode fazer suspeitar que o tempo de permanência no SU poderá estar relacionado com dificuldade nas transferências ou na inexistência de vagas nos serviços recetores.

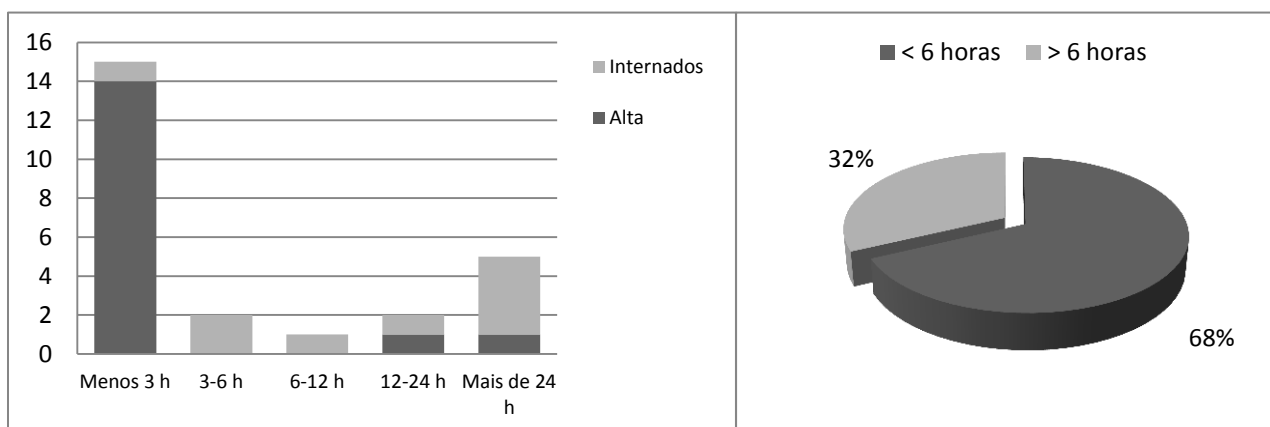


Figura 5: Tempo de permanência no SUP

De entre as nove Pessoas com necessidade de internamento hospitalar, uma morreu no serviço de internamento, duas desenvolveram infeções respiratórias e uma desenvolveu infeção do trato urinário durante o internamento (*quadro 6*). Como todas as Pessoas admitidas tinham uma RTS=12 à entrada do SUP, não foi possível nesta amostra correlacionar este índice de gravidade com a severidade das lesões e respetivas complicações.

Complicações	Número de Casos	Incidência
Infeção Respiratória	2	22%
Infeção Trato Urinário	1	11%
Infeção Ferida Traumática	0	0%
Infeção Ferida Cirúrgica	0	0%
Óbito	1	11%

Quadro 6: Complicações e iatrogenias nas Pessoas vítimas de trauma grave internadas

Relativamente à formação dos Enfermeiros que abordam a Pessoa vítima de trauma grave no SUP, apenas 4% das Pessoas foram atendidas por um Enfermeiro com formação avançada em trauma, 84% foram atendidas por Enfermeiros sem formação avançada de trauma e, em 12% dos casos não foi possível identificar uma vez que a folha de registo de trauma não foi assinada por nenhum Enfermeiro.

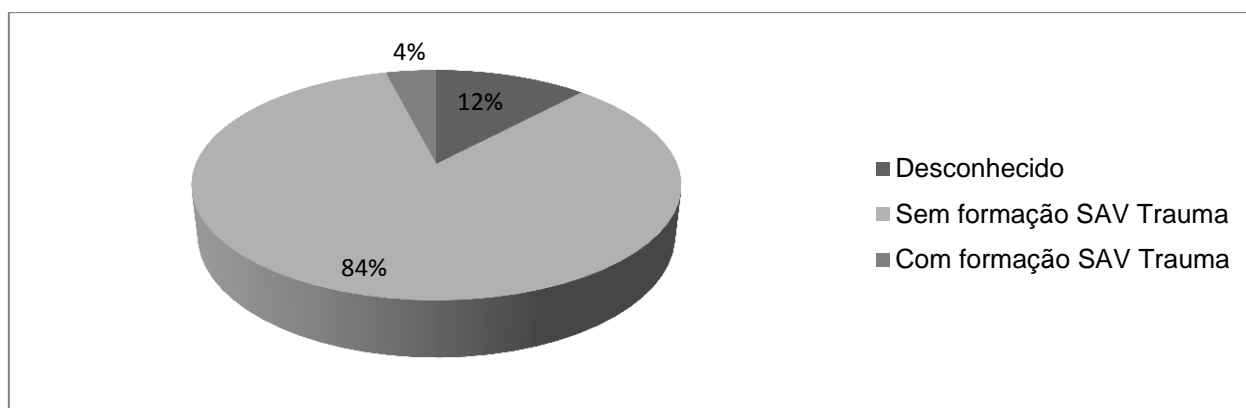


Figura 6: Formação dos Enfermeiros que atenderam Pessoas vítimas de trauma grave

A implementação da folha de registo de trauma revestiu-se de grande relevância uma vez que permitiu a comparação com alguns indicadores de qualidade sugeridos pela CRRNEU. Ainda que esta folha de registo de trauma não permita ainda a análise de todos os indicadores, apresenta-se como uma pequena experiência que permite num futuro próximo a sua melhoria. Outro aspeto digno de relevo é que esta folha de registo

de trauma permite, de forma simples, caracterizar o trauma que é admitido no SUP, aspeto que as plataformas informáticas de gestão de informação atualmente existentes não permitem. Com a implementação da folha de registo de trauma é agora possível saber que tipo de trauma é admitido no SUP, quando é admitido e quem o recebe. Para além disso, é possível fazer o follow-up das Pessoas vítimas de trauma grave que ficaram internadas, identificar complicações e iatrogenias e poder corrigir atitudes por forma a reduzir a prevalência de complicações no futuro.

Na penúltima semana de estágio apresentei 5 sessões de formação subordinadas ao tema “ABCDE em Trauma: Abordagem e Registos” (apêndices XIV e XV), com o intuito de responder às necessidades formativas evidenciadas no questionário realizado semanas antes, bem como ir de encontro à abordagem ABCDE preconizada para o atendimento da Pessoa vítima de trauma grave pela DGS (2010).

Tal como na sessão anterior, também esta foi planeada tendo em conta diversos fatores que pudessem conduzir a uma maior adesão dos Enfermeiros à sessão. Desta forma, tal como na sessão anterior, esta sessão foi realizada na sala de Enfermagem do SU e em diferentes horários facilitadores para os Enfermeiros de todas as equipas. A estas sessões assistiram 41 Enfermeiros do SU (o que corresponde a 58% dos Enfermeiros do SU).

Tal como enunciado no início deste capítulo, para além do desenvolvimento de competências enquanto Enfermeiro especialista em PSC, procurei lançar as bases de um programa de promoção da qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa vítima de trauma grave que perpetuasse no serviço, para além do final do estágio académico. Foi então apresentado no final do estágio à Enfermeira Chefe do SU um projeto (apêndice XVI) com a fundamentação e a planificação de atividades a desenvolver posteriormente no SUP: (1) Acompanhamento da folha de registo de trauma; (2) Discussão de casos clínicos; (3) Elaboração de normas; (4) Programação de um plano de formação para 2014; (5) Elaboração de um manual de trauma; (6) Acompanhamento do desempenho da equipa de Enfermagem. Para a concretização deste projeto será necessário criar dentro do serviço um grupo de trabalho que reúna vários Enfermeiros para que possam, juntos, trabalhar por forma a garantir o sucesso das atividades propostas.

No final do estágio realizado no SUP e através do que foi explicitado neste capítulo, julgo ter adquirido e desenvolvido competências comuns do Enfermeiro especialista (Diário da República, 2011), nomeadamente ao nível dos domínios da gestão dos Cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Para além do percurso de desenvolvimento de competências, este estágio em contexto de trabalho revelou-se para mim de extraordinário interesse, uma vez que permitiu o desenvolvimento de um projeto de promoção da qualidade dos Cuidados que ultrapassou o limite do próprio estágio. A introdução do registo do índice RTS na plataforma informática de registo do SUP e a folha de registo de trauma foram mudanças introduzidas no SUP que, espera-se, possam conduzir no futuro a uma melhoria das práticas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não faria sentido frequentar um curso de Mestrado se com ele não viessem mais-valias para a minha prática profissional. Não apenas o Mestrado em si, mas todo o percurso profissional e académico desenvolvido ao longo destes 15 anos como Enfermeiro, fizeram-me ganhar um outro olhar sobre o papel que os Enfermeiros podem desenvolver enquadrados no sistema de saúde, de forma a promover a qualidade dos Cuidados. As experiências vividas ao longo do estágio de que este relatório pretende ser um digno documento de reflexão permitiram-me, através da prática de Cuidados, através da observação de peritos e através da partilha de opiniões e experiências com professores e colegas, estruturar um pensamento sobre o que deve ser o âmbito de atuação de um Enfermeiro perito ou especialista em PSC, com especial foco na área da Pessoa vítima de trauma grave.

A escolha dos campos de estágio teve como objetivo central a complementaridade de experiências, de forma a permitir o desenvolvimento de competências enquanto Enfermeiro perito, tanto na área da prestação direta de Cuidados como na área da gestão e da formação. A experiência obtida no âmbito de uma UCIP permitiu o desenvolvimento de competências na prática de Cuidados à Pessoa em falência multi-orgânica, seja em contexto de trauma seja em contexto de doença aguda, permitindo experiências que podem traduzir-se em mais-valias quando transpostas para a minha prática diária de Cuidados, nomeadamente ao nível da prevenção e controlo da infeção. As experiências obtidas com a participação nas 4^{as} *Jornadas Canárias de Enfermeria de Urgencias* e com o estágio no LUMC, o único CT do *Illinois* acreditado pelo *American College of Surgeons*, permitiram o contacto com outras realidades e o desenvolvimento de competências na área da organização e gestão dos Cuidados em contexto de SU. Finalmente, a reflexão sobre as práticas e as atividades desenvolvidas no meu habitual contexto de trabalho permitiram-me iniciar um processo de promoção da qualidade dos Cuidados de Enfermagem que ultrapassa o limite cronológico do estágio do Mestrado e que, à data da redação deste relatório, se encontra em fase de implementação no SUP.

Tal como abordado na introdução deste relatório, a Enfermagem enquanto profissão e enquanto disciplina tem sofrido profundas alterações ao longo do tempo. Muitas teorias

foram desenvolvidas ao longo dos anos e com elas foram produzidas diversas alterações ao paradigma da Enfermagem. Hoje, Portugal e o mundo encontram-se no epicentro de uma profunda mudança política, económica e social. Estas mudanças têm feito repensar a vida de Pessoas, Famílias, Empresas, Estados e Nações. Naturalmente que a Enfermagem não pode ficar indiferente. Até porque o *status-quo* mudou. E com ele, também os sistemas de saúde têm mudado.

O relatório de 2011 publicado pelo Ministério da Saúde intitulado “*Os Cidadãos no Centro do Sistema, os Profissionais no Centro da Mudança*” dedica aos Enfermeiros e à Enfermagem apenas algumas linhas nas 364 páginas que compoem o relatório. Nestas linhas, identifica-se a necessidade de atribuir novas atividades aos Enfermeiros, através de *task-shifting*, com o claro objetivo de garantir a sustentabilidade do sistema.

Parece-me contudo que os Enfermeiros devem ir bem mais além da mera transposição de tarefas. Devemos, enquanto classe profissional, desenvolver mais aquelas que já são as nossas funções no sentido de garantir a sustentabilidade do sistema, através de uma forte aposta na diferenciação e especialização como estratégia para a promoção da qualidade dos Cuidados.

A minha experiência prévia a este curso de Mestrado no *Rambam Trauma Center* em Israel e a experiência analisada neste relatório vivida no *Loyola University Medical Center* em Chicago, permitiram o contacto com o papel que os NP desenvolvem, permitindo fazer uma ponte com o papel que os Enfermeiros peritos ou especializados podem desenvolver em programas de promoção da qualidade, em qualquer área dos Cuidados, mas nomeadamente no Trauma.

Nos últimos anos têm sido publicados diversos documentos em Portugal que sustentam a criação do papel do Enfermeiro Coordenador de Trauma (OM, 2009; DGS, 2010). No entanto, nenhum destes documentos aborda a fundo quais as atribuições e funções que deveria ter este Enfermeiro.

Enquadrado na organização dos Cuidados à Pessoa vítima de trauma preconizada pela OM e pela DGS, parece-me que o Enfermeiro Coordenador de Trauma poderia assumir um papel transversal em relação a todos os serviços que atendem a Pessoa vítima de trauma grave, como acontece no LUMC e noutros CT a nível internacional. Este Enfermeiro poderia coordenar uma equipa de Enfermeiros peritos em PSC que

acompanhasse todo o processo de Cuidados prestados à Pessoa vítima de trauma grave desde o momento da sua admissão, no SU até à alta hospitalar, incluindo UCI e serviços de internamento. Esta equipa poderia ainda ser informada da admissão de uma Pessoa vítima de trauma grave no SU, podendo fazer deslocar a este serviço um Enfermeiro que poderia apoiar, se necessário, a equipa presente na sala de emergência. Diariamente, a equipa liderada pelo Enfermeiro Coordenador de Trauma visitaria as Pessoas vítimas de trauma internadas na unidade hospitalar, fazendo o acompanhamento da sua evolução, articulando-se com as equipas de Enfermagem de cada serviço no sentido de promover a qualidade dos Cuidados de forma individualizada, humanizada e à luz da mais recente evidência disponível. Desde o momento de decisão de internamento, esta equipa poderia articular-se com os serviços sociais e com a família da Pessoa internada no sentido de iniciar desde cedo a preparação para a alta.

Em articulação com a equipa médica, o Enfermeiro Coordenador de Trauma e a sua equipa poderia ainda ter um papel importante no *follow-up* da Pessoa vítima de trauma grave após alta hospitalar, apoiando no processo de transição nos casos de dependência para as atividades de vida diária sequelar ao trauma e intervindo na prevenção da lesão através do ensino para a adoção de medidas preventivas do trauma.

A nível institucional, o Enfermeiro Coordenador de Trauma poderia ser responsável por: (i) desenvolver o programa de formação contínua em trauma para Enfermeiros; (ii) desenvolver e manter um programa de promoção da qualidade dos Cuidados à Pessoa vítima de trauma grave; (iii) gerir o processo de registo de trauma, supervisionando o seu bom funcionamento e fazendo apresentações periódicas dos dados recolhidos.

A nível inter-institucional, o Enfermeiro Coordenador de Trauma poderia ser responsável por manter um canal de comunicação com os Cuidados de Saúde Primários e com as autoridades de proteção civil (nacional, regional ou municipal) de forma a intervir ao nível da prevenção da lesão, atuando nos pontos considerados críticos identificados através do registo de trauma implementado. A educação e o ensino para a saúde constituem estratégias de prevenção do trauma que podem estar no âmbito de ação do Enfermeiro Coordenador de Trauma. A identificação de bairros com maior incidência de lesões traumáticas, através dos dados obtidos da análise do

registo de trauma, pode conduzir ao desenvolvimento ou reforço de medidas de educação para a saúde nos bairros em causa, por exemplo. Mas o papel do Enfermeiro Coordenador de Trauma não se esgota na educação para a saúde. A identificação de vias rodoviárias com maior incidência de acidentes através dos dados do registo de trauma pode ajudar a alertar as autoridades competentes no sentido de implementar medidas de policiamento ou outras que conduzam a uma progressiva diminuição da incidência de trauma rodoviário.

Como vemos, o papel do Enfermeiro Coordenador de Trauma poderia ser amplamente recheado de funções fundamentais, não apenas para a qualidade dos Cuidados mas também para a sustentabilidade do sistema através de ganhos evidentes em saúde para a população a médio prazo. Não apenas a criação do papel de Enfermeiro Coordenador de Trauma como a implementação da Rede de Trauma deve ser vista não como uma despesa, mas como um investimento. Isto porque as metas expectáveis a médio prazo incluem a diminuição do número de acidentados através da implementação dos programas de prevenção, diminuição da incidência da morbilidade, diminuição de tempos de internamento, diminuição de custos por incapacidades parciais e definitivas e recuperação mais precoce com menor tempo de improdutividade (Ordem dos Médicos, 2009).

Quem desempenha este papel hoje em dia nos hospitais do nosso País? Naturalmente que alguns dos aspetos focados são desempenhados por Enfermeiros em diversos serviços, mas de forma pontual e algo segmentada, sem uma verdadeira continuidade entre serviços e, sobretudo, com um total divórcio entre o hospital e a Pessoa vítima de trauma grave após a alta hospitalar.

Queiram permitir-me a ousadia de sugerir, no final deste relatório e do percurso desenvolvido durante todo o Mestrado, que um Enfermeiro Perito ou Especialista em Enfermagem à PSC pode desempenhar este papel que revelar-se-ia num futuro próximo numa mais-valia para todos: unidades hospitalares, Enfermeiros e, claro, para o parceiro de Cuidados, a Pessoa vítima de trauma grave. Esta é uma oportunidade que os tempos de mudança vividos hoje nos oferecem. Cabe a nós, Enfermeiros, agarrá-la.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abassi, H., Mousavi, S., Taheri, A., Niakan, M., Bolandparvaz, S., & Paydar, S. (2013). Pattern of traumatic injuries and injury severity score in a major trauma center in Shiraz, Southern Iran. *Bulletin of Emergency and Trauma*, 81-85.
- American College of Surgeons - Committee on Trauma. (2008). *Advanced Trauma Life Support for Doctors*. Chicago: American College of Surgeons Committee on Trauma.
- American Trauma Society. (2005). *Second Trauma*. Obtido de www.amtrauma.org: www.amtrauma.org/secondtrauma/sectrayn_about.html
- ANSR. (2012). *Vítimas em Portugal Continental - Ano 2012*. Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária.
- Baker, S. P., O'Neill, B., Haddon, W., & Long, W. B. (1974). The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *Journal of Trauma*, 187-196.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica em Enfermagem*. Coimbra.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach*. New York: Springer Publishing Company.
- Butcher, N., & Balogh, Z. (2009). The definition of polytrauma: The need for international consensus. *Injury*, 12-22.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. In N. Chick, & A. Meleis, *Nursing research methodology: issues and implementation* (pp. 237-257). Rockville, Maryland: Chinn, PL.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: a nursing concern. *Nursing research methodology*, 237-257.
- Coats, T., Lecky, F., & Woodford, M. (2009). Beyond the trauma registry. *J R Soc Med*, 308-309.
- Collière, M. (1989). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Comissão Regional do Doente Crítico. (2009). *Um Ano de Reflexão e Mudança*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte.

- Como, J. J. (2008). Trauma systems, triage and transfer. In C. E. Smith, *Trauma Anesthesia* (pp. 569-578). Cambridge: Cambridge University Press.
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros*. Lusociência.
- CRRNEU. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*. Lisboa.
- CTAPRU. (2007). *Relatório Final da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgências*.
- Curtis, K., & Donoghue, J. (2008). The trauma nurse coordinator in Australia and New Zealand: a progress survey of demographics, role function, and resources. *Journal of Trauma Nursing*, 34-42.
- Decreto-Lei nº 161/96. (1996). *REPE - Regulamento para o exercício profissional do enfermeiro*.
- Diário da República. (28 de Fevereiro de 2008). Despacho nº 5414/2008. Diário da República.
- Diário da República. (14 de Julho de 2009). Lei 33/2009: Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*.
- Diário da República. (18 de Fevereiro de 2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2ª Série*. Diário da República.
- Dicionários Porto Editora. (7 de junho de 2013). *Enciclopédias e Dicionários Porto Editora*. Obtido de www.portoeditora.pt: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/transição>
- Direção-Geral de Saúde. (2010). *Organização dos Cuidados Hospitalares ao Traumatizado*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Direcção Geral da Saúde. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa.
- Direcção-Geral do Ensino Superior. (s.d.). <http://www.dges.mctes.pt/>. Obtido em 16 de Abril de 2012, de <http://www.dges.mctes.pt/>: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- Donabedian, A. (1996). The effectiveness of quality assurance. *International Journal for Quality in Health Care*, 401-407.
- Emergency Nurses Association. (2007). *Trauma Nursing Core Course - Provider Manual*.

- ENA. (2007). *Trauma Nursing Core Course*. Emergency Nurses Association.
- European Trauma Registry Network. (2009). *The Utstein Trauma Template for Uniform Reporting of Data Following Major Trauma*. Utstein: European Trauma Registry Network.
- Fawcett, J., & Russell, G. (2001). A conceptual model of nursing and health policy. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 108-116.
- Federal Emergency Management Agency. (2012). *Handbook for EMS Director`s*. Federal Emergency Management Agency.
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência.
- Gillespie, R. (2009). Prevention and management of ventilator-associated pneumonia - the Care Bundle approach. *South African Journal of Critical Care*, 44-51.
- Glance, L., Dick, A., Mukamel, D. B., & Osler, M. T. (2012). Association between trauma quality indicators and outcomes for injured patients. *Arch Surg*, 308-315.
- Glenn, M. A., Martin, K. D., Monzon, D., Nettles, W., Rodriguez, V. M., Lovasz, D., . . . Flaherty, S. (2008). Implementaion of a combat casualty trauma registry. *Journal of Trauma Nursing*, 181-184.
- Greeves, I., Porter, K., & Ryan, J. (2001). *Trauma Care Manual*. London: Arnold.
- Gruen, R. L., Gabbe, B. J., Stelfox, H. T., & Cameron, P. A. (2012). Indicators of the quality of trauma care and the performance of trauma systems. *British Journal of Surgery Society*, 97-104.
- Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar. (2011). *Os cidadãos no centro do sistema, os profissionais no centro da mudança*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Haider, A. H., Saleem, T., Leow, J., Villegas, C., Kisat, M., Schneider, E., . . . Cornwell, E. (2012). Influence of the national trauma data bank on the study of trauma outcomes: is it time to set research best practices to further enhance its impact? *Journal American College os Surgeons*, 756-769.
- Hayes, J. S., Merrill, A., Cluckey, L., & Curtis, D. (2010). Family-centered trauma care: Is it caring? *International journal for human caring*, 7-10.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem, pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hoyt, D., & Coimbra, R. (2007). Trauma Systems. *Surgical Clinics of North America*, 21-35.

- Institute of Medicine. (2000). *To Err is Human: Building a safer health system*. Washington: National Academies Press.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *Abordagem da Vítima*.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *Emergência Trauma*. Lisboa.
- Kaczynski, J., & Hilton, J. (2012). Trauma care services in the united kingdom: past, present and future. *Clinical feature*, 266-269.
- Lefering, R., & Ruchholtz, S. (2011). Trauma registries in Europe. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*.
- Lopes, M. J. (1998). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Lossius, H. M., Rehn, M., Tjosevik, K., & Eken, T. (2012). Calculating trauma triage precision: effects of defferent definitions of major trauma. *Journal of Trauma Management and Outcomes*.
- Loyola University Chicago - Stritch School of Medicine. (2012). *Trauma / Surgical Critical Care Service: Resident Resource Manual*. Chicago: Loyola University Chicago - Stritch School of Medicine.
- Loyola University Chicago. (5 de Maio de 2013). *Loyola University Chicago - Marcela Niehoff School of Nursing*. Obtido de <http://www.luc.edu/nursing/msn/np/>
- Massada, S. (2002). *Avaliação e ressuscitação do doente com trauma grave. Normas de orientação clínica e administrativa*. Porto: Grupo de Trauma do Hospital de São João.
- Meleis, A. (1975). Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. 264-271.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Midle-Range and Situations-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York.
- Meleis, A., & Tragenstein, P. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 255-259.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle range theory. *Advances in nursing science*, 12-28.
- Mian, P., Warchal, S., Whitney, J., Fitzmaurice, D., & Tancredi, D. (2007). Impact of a multifaceted intervention on nurses` and physicians` attitudes and behaviours toward family presence during ressuscitation. *Critical Care Nurse*, 52-61.

- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (24 de Março de 2006). Decreto-Lei nº74/2006. *Diário da República*.
- Ministério da Saúde. (4 de Setembro de 1996). Decreto Lei nº 161/96. *Diário da República*.
- Ministério da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (12 de Setembro de 2006). Despacho nº 18459/2006. *Diário da República*.
- Ministério da Saúde. (2011). Os Cidadãos no centro do Sistema, os Profissionais no centro da Mudança. *Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar*. Lisboa.
- Nathens, A. B., Cryer, H. G., & Fildes, J. (2012). The american college of surgeons trauma quality improvement program. *Surg Clin N Am*, 441-454.
- Nwomeh, B. C., Lowell, W., Kable, R., Haley, K., & Ameh, E. A. (2006). History and development of trauma registry: lessons from developed to developing countries. *World Journal of Emergency Surgery*.
- OECD. (2010). *Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries*. Paris: OECD.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências do enfermeiros de cuidados gerais*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Código Deontológico*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de boa prática em trauma*. Lisboa.

- Ponte, P. R., Gross, A. H., Winer, E., Connaughton, M. J., & Hassinger, J. (2010). Implementing a multidisciplinary governance model in a comprehensive cancer center. In A. Meleis, *Transitions Theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 445-454). New York: Springer Publishing Company.
- Potter, P., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e Procedimentos*. Loures: Lusociência.
- Rainer, T., & Smit, P. d. (2003). Trauma systems and emergency medicine. *Emergency medicine*, 11-17.
- Richmond, T. S., & Aitken, L. M. (2011). A model to advance nursing science in trauma practice and injury outcomes research. *Journal of advanced nursing*, 2741-2753.
- Royal College of Nursing. (2008). *Advanced nurse practitioners: an RCN guide to the advanced nurse practitioner role, competencies and programme accreditation*. London: Royal College of Nursing.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept to nursing. *Image J Nurs Scholarship*, 119-127.
- Serapioni, M. (2009). Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista crítica de ciências sociais*, 65-82.
- Serviá, L., Montserrat, N., & Valdrés, P. (2012). Time spent on emergency department and mortality rates in severely injured patients admitted to the intensive care unit: an observational study. *Journal of Critical Care*, 58-65.
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 11-19.
- Twibell, R., Siela, D., Riwtis, C., Wheatley, J., Riegle, T., Bousman, D., . . . Neal, A. (2008). Nurses' perceptions on their self-confidence and the benefits and risks of family presence during resuscitation. *American Journal of Critical Care*, 101-111.
- Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação - o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Wilson, W., Grande, C., & Hoyt, D. (2007). *Trauma: Emergency Resuscitation, Perioperative Anesthesia, Surgical Management - Vol 1*. New York: Informa Healthcare.

World Health Organization. (2004). *Guidelines for essential trauma care*. Geneve.

World Health Organization. (2008). *Emergency Medical Services Systems in the European Union*. Copenhagen: World Health Organization.

World Health Organization. (2009). *Guidelines for trauma quality improvement programmes*. Geneve.

World Health Organization. (2010). *Strengthening care for the injured: success stories and lessons learned from around the world*. Geneva: World Health Organization.